

РАХУНКОВА ПАЛАТА

ЗАТВЕРДЖЕНО
рішення Рахункової палати
від 25.05.2021 № 11-3

**Звіт про результати аудиту ефективності використання
коштів державного бюджету, виділених Національній службі
здоров'я України на первинну медичну допомогу**

Київ 2021

Рахункова палата від імені Верховної Ради України здійснює контроль за надходженням коштів до Державного бюджету України та їх використанням (стаття 98 Конституції України).

Організацію, повноваження та порядок діяльності Рахункової палати визначає Закон України від 02.07.2015 № 576-VIII “Про Рахункову палату”.

Згідно із цим Законом повноваження, покладені на Рахункову палату Конституцією України, здійснюються через провадження заходів державного зовнішнього фінансового контролю (аудиту).

Державний зовнішній фінансовий контроль (аудит) забезпечується Рахунковою палатою шляхом здійснення фінансового аудиту, аудиту ефективності, експертизи, аналізу та інших контрольних заходів.

Рахункова палата застосовує у своїй діяльності основні принципи діяльності Міжнародної організації вищих органів фінансового контролю (INTOSAI), Європейської організації вищих органів фінансового контролю (EUROSAI) та Міжнародні стандарти вищих органів фінансового контролю (ISSAI) в частині, що не суперечить Конституції та законам України.

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	4
УЗАГАЛЬНЮЮЧІ РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ	7
1. ПЕРЕДУМОВИ ПРОВЕДЕННЯ АУДИТУ	19
1.1. Підстава для аудиту	19
1.2. Мета аудиту	20
1.3. Обсяг аудиту	21
1.4. Методика та методи аудиту	22
1.5. Початкові обмеження щодо проведення аудиту.....	22
1.6. Критерії, які застосовано	23
2. РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ	23
2.1. <i>Стан підготовки Міністерством охорони здоров'я України та Національною службою здоров'я України державного гарантованого пакета медичних послуг для первинної ланки та програми державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги</i>	<i>23</i>
2.2. <i>Оцінка організації Національною службою здоров'я України роботи з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій</i>	<i>30</i>
2.3. <i>Стан дотримання та виконання Національною службою здоров'я України та надавачами первинної медичної допомоги умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій</i>	<i>42</i>
2.4. <i>Оцінка стану планування і затвердження видатків на надання первинної медичної допомоги</i>	<i>55</i>
2.5. <i>Оцінка обґрунтованості визначення тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги</i>	<i>59</i>
2.6. <i>Аналіз створення та функціонування електронної системи охорони здоров'я.....</i>	<i>70</i>
2.7. <i>Стан використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу</i>	<i>79</i>

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АТ	акціонерне товариство
Бюджетний кодекс	Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI
ДРАЦСГ	Державний реєстр актів цивільного стану громадян
Загальні вимоги № 1536	Загальні вимоги до визначення результативних показників бюджетних програм, затверджені наказом Міністерства фінансів України від 10.12.2010 № 1536 “Про результативні показники бюджетної програми”, зі змінами (zareєстровані у Міністерстві юстиції України 27.12.2010 за № 1353/18648)
Закон № 222	Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII “Про ліцензування видів господарської діяльності”
Закон № 294	Закон України від 14.11.2019 № 294-IX “Про Державний бюджет України на 2020 рік”
Закон № 1082	Закон України від 15.12.2020 № 1082-IX “Про Державний бюджет України на 2021 рік”
Закон № 2168	Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”
Закон № 2801	Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19.11.1992 № 2801-XII (зі змінами)
Інструкція № 687	Інструкція з підготовки бюджетних запитів, затверджена наказом Міністерства фінансів України від 06.06.2012 № 687 (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 26.06.2012 за № 1057/21369)
КНП	комунальне некомерційне підприємство
Комісія з розгляду заяв	Комісія з розгляду заяв на укладання договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги, утворена наказом Національної служби здоров’я України від 25.05.2018 № 20
Комісія з розгляду окремих заяв	Комісія з розгляду окремих заяв надавачів медичних послуг про укладання, зміну та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, утворена наказом Національної служби здоров’я України від 06.06.2019 № 188 (зі змінами, внесеними наказом Національної служби здоров’я України від 13.01.2020 № 4)
Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я	Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р
Ліцензійні умови № 285	Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285
Методика здійснення верифікації даних № 231	Методика здійснення верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я, затверджена наказом Національної служби здоров’я України від 14.09.2020 № 231
Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075	Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075
Методика розрахунку тарифів № 2559	Методика розрахунку тарифів, затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 19.12.2019 № 2559 (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 21.12.2019 за № 1270/34241)
Мінфін	Міністерство фінансів України
Мін’юст	Міністерство юстиції України

МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
Наказ МОЗ № 586	наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 586 “Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду”
Наказ МОЗ № 587	наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 587 “Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я” (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 05.03.2020 za № 236/34519)
Наказ МОЗ № 1060	наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.09.2017 № 1060 “Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги”
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
План пріоритетних дій Уряду на 2020 рік	план пріоритетних дій Уряду на 2020 рік, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 09.09.2020 № 1133-р
Положення № 20	Положення про комісію з розгляду заяв про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги, затверджене наказом Національної служби здоров'я України від 25.05.2018 № 20 (зі змінами)
Положення № 267	Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267
Положення № 1101	Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 (зі змінами)
Порядок № 46	Порядок проведення верифікації та внесення змін до інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, затверджений наказом Національної служби здоров'я України від 30.07.2018 № 46 (діяв до 05.09.2019)
Порядок № 65	Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65 (зі змінами)
Порядок № 283	Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 283
Порядок № 407	Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 407 (діяв до 31.12.2018 включно)
Порядок № 410	Порядок укладання, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410
Порядок № 411	Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411
Порядок № 503	Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 21.03.2018 za № 347/31799)

Порядок № 504	Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 21.03.2018 za № 348/31800)
Порядок № 1086	Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 24.12.2019 № 1086
Порядок № 1117	Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 № 1117 (діяв до 31.12.2019)
Порядок № 1117 зі змінами від 27.11.2019	Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 № 1117, зі змінами, внесеними згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1119 (діяв до 08.02.2020)
Порядок № 1407	Порядок казначейського обслуговування державного бюджету за витратами, затверджений наказом Міністерства фінансів України від 24.12.2012 № 1407 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 17.01.2013 za № 130/22662)
Порядок № 1709	Порядок розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.2019 № 1709 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 23.08.2019 za № 961/33932)
Постанова № 391	Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391
Постанова № 411	постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров'я”
Правила № 1098	Правила складання паспортів бюджетних програм та звітів про їх виконання, затверджені наказом Міністерства фінансів України від 29.12.2002 № 1098, зі змінами (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 21.01.2003 za № 47/7368)
Правила виписування рецептів № 360	Правила виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 № 360 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 20.07.2005 za № 782/11062), у редакції наказу від 04.10.2018 № 1819
Примірний табель № 148	Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які надають первинну медичну допомогу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 № 148
ПП	приватне підприємство
Типова форма договору № 410	Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 (зі змінами)
ТОВ	товариство з обмеженою відповідальністю
ФОП	фізична особа - підприємець

УЗАГАЛЬНЮЮЧІ РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ

Відповідно до Плану роботи Рахункової палати на 2021 рік, затвердженого рішенням Рахункової палати від 30.11.2020 № 32-1 (зі змінами), вимог Закону України “Про Рахункову палату” проведено аудит ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров’я України на первинну медичну допомогу

1. МОЗ як головним розпорядником бюджетних коштів не забезпечено контролю за витрачанням НСЗУ коштів державного бюджету, виділених на оплату пацієнтам медичних послуг, пов’язаних з наданням первинної медичної допомоги. Як наслідок, у 2018–2020 роках кошти державного бюджету в сумі 38623764,1 тис. грн використовувалися непродуктивно та нерезультативно.

Реформу фінансування системи охорони здоров’я розпочато у 2018 році, перший етап – первинна медична допомога. Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р, має бути створено та запроваджено нову модель фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний і справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню.

Підґрунтя нової моделі фінансування системи охорони здоров’я – перехід до оплати медичних послуг, що фактично надаються громадянам (принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не “гроші ходять за інфраструктурою”). Одним з основних завдань реформи є об’єднання функції закупівель медичних послуг, що входять до складу державного гарантованого пакета медичної допомоги, через єдиного національного замовника медичних послуг. Кабінетом Міністрів України у грудні 2017 року прийнято рішення про створення НСЗУ, до завдань якої віднесено виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій і розроблення проєкту програми медичних гарантій.

Водночас через відсутність відповідних організаційних заходів МОЗ протягом 2018–2020 років НСЗУ не підготовлено проєкту програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги, яка мала визначати перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету кожному громадянину України. Порядок розроблення програми державних гарантій медичного обслуговування населення МОЗ затверджено лише 26.07.2019 (набрав чинності з 13.09.2019, тобто через 1 рік і 8 місяців після прийняття рішення про початок реформи фінансування первинної медичної допомоги). Як наслідок, **реалізація державних гарантій медичного обслуговування для первинної медичної допомоги у 2018–2020 роках здійснювалася за відсутності програми державних гарантій медичного**

обслуговування населення, а громадяни не мали інформації про перелік і обсяг медичних послуг первинної медичної допомоги, оплату надання яких у повному обсязі держава гарантує за рахунок бюджетних коштів.

У 2018–2020 роках **фінансування послуг первинної медичної допомоги** за рахунок коштів державного бюджету здійснювалося НСЗУ шляхом перерахування коштів надавачам такої допомоги – закладам охорони здоров'я комунальної та приватної форм власності та фізичним особам - підприємцям на підставі укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з **використанням капітаційної ставки на одного пацієнта, з яким укладено декларацію про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та наявної в електронній системі охорони здоров'я кількості таких декларацій.**

Згідно з Порядком № 283 і Порядком № 1086, **кошти державного бюджету мали використовуватися на оплату пацієнтам медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги.**

Відповідно до Закону № 2801 медична послуга – це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. **Як наслідок, розмір оплати первинної медичної допомоги її надавачам абсолютно не залежав від обсягу наданих пацієнтам медичних послуг і ступеня виконання надавачами первинної медичної допомоги головного завдання – забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.** За статистичними даними МОЗ, показник обстеження контактних на туберкульоз осіб у 2018–2019 роках в Україні становив 1,4–1,6 контакту (за рекомендованого ВООЗ показника 5–6 контактів на 1 випадок захворювання), що зумовлює поширення цього захворювання. Питома вага хворих, у яких злоякісні новоутворення виявлено на III, IV стадіях, у 2020 році збільшилася порівняно з 2018 роком і становила на III стадії – 17,7 відс., на IV стадії – 19,9 відс. проти 17,4 і 17,1 відс. у 2018 році. Крім того, за даними Державної служби статистики України, у 2020 році порівняно з 2018 роком збільшився рівень смертності громадян від захворювання на цукровий діабет – на 5,1 відс., від ішемічної хвороби серця – на 5,7 відс., від цереброваскулярної хвороби – на 1,6 відсотка. При цьому відповідно до Порядку № 504, пацієнтів з такими хворобами віднесено до груп з підвищеним ризиком розвитку захворювань.

Первинна ланка є ключовим компонентом системи охорони здоров'я для підвищення економічної ефективності. Більшість хвороб може бути пролікована/контрольована саме на рівні первинної медичної допомоги.

Отже, у **2018–2020 роках не забезпечено фінансування первинної медичної допомоги за принципом “гроші ходять за пацієнтом”.**

2. МОЗ не забезпечено у 2018–2019 роках належного планування коштів державного бюджету для надання первинної медичної допомоги за КПКВК 2308020 та у 2020 році – за КПКВК 2308060.

У порушення вимог пункту 1.5 Інструкції № 687, до бюджетних запитів на 2018–2020 роки включено видатки загального фонду державного бюджету на суму 49266602,0 тис. грн за відсутності детальних розрахунків.

Відповідно до паспортів бюджетної програми за КПКВК 2308020 на 2018–2019 роки, затверджених спільним наказом МОЗ і Мінфіну від 11.06.2018 № 1101/557 і наказом МОЗ від 04.02.2019 № 289, ціль державної політики, на досягнення якої спрямовано реалізацію бюджетної програми, – підвищення рівня здоров'я, тривалості життя населення та зниження рівня захворюваності населення; мета бюджетної програми – забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. Згідно з паспортом бюджетної програми на 2020 рік за КПКВК 2308060, затвердженим наказом МОЗ від 20.02.2020 № 491, ціль державної політики, на досягнення якої спрямовано реалізацію бюджетної програми, – швидше одужання людей, що захворіли, мета бюджетної програми – збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя.

Разом з тим включені МОЗ до паспортів бюджетної програми **результативні показники на 2018–2020 роки передбачали лише кількість надавачів медичних послуг**, що уклали договори із НСЗУ та надають первинну медичну допомогу населенню, **кількість лікарів**, які надають первинну медичну допомогу населенню у межах цих договорів, **кількість пацієнтів**, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг; на 2018–2019 роки – **середню кількість пацієнтів на 1 лікаря, середньозважену капітаційну ставку на місяць, частку населення**, задоволеного новим рівнем надання первинної медичної допомоги надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговуються ними, **частку населення, охопленого програмою державних гарантій** медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги; **на 2020 рік – середню кількість осіб, які отримали медичну допомогу**, що надається надавачами медичних послуг з первинної медичної допомоги на 1 лікаря.

Ці показники не пов'язані із здійсненням оцінки ефективності бюджетної програми і не визначають результату її виконання, ступеня досягнення мети та цілей державної політики у сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує МОЗ, що є порушенням частини п'ятої статті 20 Бюджетного кодексу та пункту 3 Загальних вимог № 1536.

3. МОЗ і НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечили належної організації роботи з визначення тарифів і коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги.

Внаслідок затвердження МОЗ Методики розрахунків тарифів № 2559 майже через два роки після набрання чинності Законом № 2168 визначення тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2020 роки, здійснювалося МОЗ і НСЗУ за відсутності затвердженої методики їх розрахунку.

У МОЗ і НСЗУ немає розрахунків і обґрунтувань до встановлених, як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2019 роки, і коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до тарифу на медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, а також спеціального коефіцієнта для медичного обслуговування в гірській місцевості), на 2018–2019 роки.

У 2020 році тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги (встановлений як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, протягом календарного року), порівняно з таким самим тарифом на 2019 рік (370 грн на рік) збільшився на 230,48 грн та становив 600,48 грн на рік. Цей тариф розраховано із використанням прогнозного обсягу видатків на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги на 2020 рік (19136906,5 тис. грн), який розділено на прогнозну середньомісячну кількість укладених декларацій, але не більше 150 відс. оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, (31869,6 тис. одиниць).

На 2020 рік підвищуючі та понижуючі коригувальні коефіцієнти (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504) розраховано НСЗУ технічно. Як наслідок, у 2020 році розміри тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, з урахуванням коригувального коефіцієнта для пацієнтів різних вікових груп залишилися незмінними порівняно з розмірами таких тарифів з урахуванням коригувального коефіцієнта, що застосовувалися у 2019 році, тобто тарифи визначено формально.

МОЗ не подано до Мінфіну розрахунків і обґрунтувань до таких тарифів і коригувальних коефіцієнтів на 2018–2020 роки, але при цьому проекти постанов Кабінету Міністрів України, якими їх встановлено, погоджено Мінфіном.

У порушення вимог частини третьої статті 10 Закону № 2168 коригувальні коефіцієнти на 2018–2020 роки МОЗ не затверджувалися. Ці

коефіцієнти встановлено Кабінетом Міністрів України у Порядку № 407, Порядку № 1117, Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019, Порядку № 65.

МОЗ при визначенні у Порядку № 504 оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря (1800 осіб), на одного лікаря-терапевта (2000 осіб) та на одного лікаря-педіатра (900 осіб) не підтверджено його обґрунтуваннями та детальними розрахунками. Водночас оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – це кількість осіб, яким відповідний лікар може забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги. При цьому **за результатами аналізу фактичної кількості декларацій сорока п'яти надавачів первинної медичної допомоги, укладених пацієнтами з лікарями, які надавали первинну медичну допомогу станом на 01.01.2021, встановлено, що кількість декларацій перевищує визначений у Порядку № 504 оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги на 28,0–87,5 відсотка.** Отже, створено ризики надання пацієнтам неякісної первинної медичної допомоги.

4. НСЗУ не забезпечила належним чином виконання повноважень з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги. Рішення про укладання на 2018–2020 роки договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в окремих випадках ухвалювалися комісіями з розгляду заяв за відсутності повного пакета документів та за неналежного їх оформлення всупереч вимогам НСЗУ, визначеним в оголошеннях про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також без використання електронної системи охорони здоров'я, що є порушенням пункту 4 Порядку № 410. Зміни до діючих договорів вносилися несвоєчасно.

Ціну договору на 2018 рік і загальну орієнтовну ціну договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності встановлено залежно від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018 рік та пунктом 33 договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг. Порядки № 1117 і № 65 не визначають передбаченого умовами договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій механізму розрахунку запланованої вартості медичних послуг.

5. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено належного контролю за виконанням надавачами первинної медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги. Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги надавали її з порушенням вимог частини другої статті 15 Закону № 222, пункту 9 і підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов № 285 у частині лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики, які не зазначено в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них. Ці порушення містять ознаки кримінальних правопорушень і потребують оцінки правоохоронних органів. У результаті 42001,5 тис. грн з державного бюджету використано НСЗУ з порушенням пункту 9 договорів, укладених на 2018 рік, та пункту 11 договорів, укладених на 2019–2020 роки. Тридцять три надавачі, охоплені аудитом, не забезпечені необхідним обладнанням, устаткуванням і засобами для надання первинної медичної допомоги відповідно до Примірного табеля № 148.

МОЗ передбачило в Порядку № 504, що первинна медична допомога пацієнтам надається безперервно, але не визначило механізму реалізації цієї вимоги. Створення надавачем первинної медичної допомоги чергових кабінетів для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями, а також для надання такої допомоги у вихідні, святкові та неробочі дні має рекомендаційний характер. Критерій щодо безперервності надання первинної медичної допомоги не включено до вимог до надавачів такої допомоги, затверджених Постановою № 391.

НСЗУ, до функцій якої віднесено вдосконалення законодавства з питань, що належать до її компетенції, пропозицій щодо внесення змін до Постанови № 391 не подавала.

У порушення частини другої статті 12 Закону № 2168 МОЗ не забезпечено контроль якості надання медичних послуг надавачами первинної медичної допомоги і проведення систематичного аналізу результатів та ефективності таких послуг. Через введення заборони на проведення перевірок, у 2018 році перевірки не здійснювалися, а у 2019–2020 роках проведено лише 6 перевірок із 26 запланованих.

НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги не забезпечено ефективної співпраці щодо належного виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, підвищення якості та доступності медичного обслуговування пацієнтів. Вимоги до вироблення програми контролю за якістю медичного обслуговування визначено лише в умовах договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік. Водночас НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги таку програму не вироблено. При цьому щороку збільшується кількість скарг пацієнтів на неналежну організацію надавачами первинної медичної допомоги медичного обслуговування. За 11 місяців 2020 року таких скарг надійшло 367 проти 5 у 2018 році.

6. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено виконання завдань, визначених у Положенні № 1101, щодо належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. Центральна база даних електронної системи охорони здоров'я несумісна та не має електронної взаємодії з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, визначеними у Порядку № 411, за винятком Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань та Державного реєстру актів цивільного стану громадян (з 01.10.2020) у частині реєстрації народження. Отже, відомості, що містяться у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, неповні та недостовірні. МОЗ розроблено порядки ведення лише трьох реєстрів із дев'яти, включених до центральної бази даних.

Електронні медичні інформаційні системи, що є також складовою електронної системи охорони здоров'я, підключено Державним підприємством “Електронне здоров'я” до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я без проведення тестувань на відповідність технічним вимогам, встановленим НСЗУ. Інформація про кількість декларацій і розміщені в електронних медичних інформаційних системах користувачів/надавачів первинної медичної допомоги дані про медичних працівників, які перебувають у трудових відносинах, не відповідає інформації центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Технічні можливості електронних медичних інформаційних систем унеможливають формування надавачами первинної медичної допомоги звітів про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, перевірку проведених НСЗУ коригувань обсягу сплачених їм коштів державного бюджету, створення переліків декларацій, за якими НСЗУ проведено коригування оплачених їм сум, та встановлення причин такого коригування, перегляд інформації про підстави припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації.

7. НСЗУ всупереч Положенню № 1101 не здійснено заходів щодо забезпечення ефективного використання коштів державного бюджету і організації у 2018–2020 роках належного функціонування системи внутрішнього контролю за їх використанням.

Рівень матеріально-технічного оснащення надавачів первинної медичної допомоги частково відповідав потребі, визначеній у Примірному таблиці № 148. Разом з тим кошти, отримані від НСЗУ, надавачі первинної медичної допомоги переважно спрямовували на виплату заробітної плати. Питома вага таких видатків у загальному їх обсязі становила у 2018 році – 89,2 відс., у 2019 році – від 69 до 100 відс., у 2020 році – від 71,4 до 93,9 відсотка. Так, серед закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, охоплених аудитом, розмір середньої заробітної плати лікарів, які надають первинну медичну допомогу, збільшився порівняно з 2017 роком і коливався у 2018 році – від 4,5 до 20,7 тис. грн, у 2019 році – від 5,4 до 22,1 тис. грн, у 2020 році – від 6,5 до 25,8 тис. гривень.

Надавачами первинної медичної допомоги за рахунок коштів, отриманих від НСЗУ, сплачувалися штрафи, закуповувалося обладнання, не передбачене Примірним табелем № 148 для оснащення закладів первинної медичної допомоги, а також легкові автомобілі (Toyota Corolla, Volkswagen Polo sedan, Renault Dokker Authentique, Nissan X-Trail) та мобільні телефони (Nokia 2.3.2/32 Charcoal, Nokia 2.3.2/32 Green). Загалом на це використано 4407,7 тис. гривень.

НСЗУ у 2018–2020 роках не організовано на належному рівні проведення верифікації даних, що містяться в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, для забезпечення точності та достовірності цієї інформації. Верифікацію НСЗУ розпочато лише у жовтні 2019 року і проведено за трьома критеріями: припинення трудових відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або смерть лікаря; смерть пацієнта, який уклав декларацію з лікарем; подання пацієнтом (його законним представником) або надавачем звернень щодо необхідності внесення змін до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. За результатами верифікації НСЗУ встановлено зайву сплату коштів державного бюджету надавачам первинної медичної допомоги у 2018–2019 роках у загальній сумі 36803,9 тис. гривень. Верифікацію даних, внесених до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, у 2020 році НСЗУ не проведено.

Аудит засвідчив випадки оплати НСЗУ надавачам первинної медичної допомоги за деклараціями з лікарями, які припинили трудові відносини з надавачами первинної медичної допомоги або померли, за деклараціями пацієнтів, які померли, за деклараціями з лікарями, які змінили лікарську спеціальність, за деклараціями пацієнтів, які досягли 18-річного віку, укладеними з лікарем-педіатром, за дубльованими деклараціями, що є порушенням пункту 7 розділу II, пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503, пункту 8 Порядку № 1117 і Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 та пункту 22 Порядку № 65. Отже, кошти державного бюджету на загальну суму 3344,5 тис. грн використані НСЗУ з порушенням законодавства.

З урахуванням виявлених за результатами аудиту фактів НСЗУ в лютому 2021 року додатково проведено верифікацію даних, внесених до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, та встановлено сплату надавачам первинної медичної допомоги коштів державного бюджету у сумі 19773,4 тис. грн з порушенням чинного законодавства (у тому числі за 2018 рік – 198,0 тис. грн, 2019 рік – 2049,6 тис. грн, 2020 рік – 17525,8 тис. гривень).

Облік медичних послуг, наданих пацієнтам у 2018–2020 роках надавачами первинної медичної допомоги, не здійснювався. Як наслідок – упродовж цього періоду ризику непродуктивного і нерезультативного використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу. Ідентифікацію цих ризиків і, відповідно, управління ними НСЗУ не здійснено. Через неефективні управлінські рішення НСЗУ бюджетні асигнування в сумі 276813,6 тис. грн до кінця бюджетних 2018–2020 років не

використано.

Зазначене істотно впливає на сутність відображення проведених витрат у бюджетній звітності загалом, а також на отримання достатніх аудиторських доказів для об'єктивного висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018, 2019, 2020 роки.

Отже, наявні усі підстави для відмови в наданні висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 і за 2020 рік за КПКВК 2308060.

Пропозиції:

1. Рішення Рахункової палати і Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу надіслати **Верховній Раді України** протягом 15 днів з дня затвердження цього Звіту.

2. Рішення Рахункової палати і Звіт про результати аудиту надіслати Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування та рекомендувати розглянути їх на засіданні Комітету.

3. Відомості про результати аудиту у формі рішення Рахункової палати надіслати **Кабінетові Міністрів України** і рекомендувати:

- зобов'язати МОЗ підготувати програму державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги;

- доручити МОЗ та НСЗУ спільно з Мінфіном розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- доручити Мінфіну та іншим зацікавленим центральним органам виконавчої влади розглянути питання удосконалення положень частини другої статті 49 Бюджетного кодексу щодо здійснення Казначейством України платежів за дорученням розпорядників бюджетних коштів до затвердження паспортів бюджетних програм протягом 45 днів з дня набрання чинності законом про Державний бюджет України (рішенням про місцевий бюджет).

4. Рішення Рахункової палати і Звіт про результати аудиту надіслати **Міністерству охорони здоров'я України** і рекомендувати:

- забезпечити підготовку НСЗУ проєкту програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги, для включення її до законопроєкту “Про Державний бюджет України на 2022 рік”;

- підготувати державний гарантований пакет первинної медичної допомоги, який буде визначати прозорий обсяг такої допомоги та лікарські засоби, право на отримання якого у разі потреби матимуть усі без винятку громадяни України;

- з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема первинної медичної допомоги розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- внести зміни до Порядку № 504 у частині визначення механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги;

- при формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми за КПКВК 2308060 дотримуватися вимог наказу Мінфіну від 10.12.2010 № 1536 та визначати показники, які забезпечать оцінку ефективності бюджетної програми за напрямками використання бюджетних коштів, у тому числі ефективності надання публічних послуг;

- забезпечити дотримання вимог Інструкції № 687 у частині здійснення деталізованих розрахунків обсягу видатків, визначеного у бюджетному запиті;

- провести обґрунтовані розрахунки тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, та коригувальних коефіцієнтів;

- забезпечити обґрунтування оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, одного лікаря-терапевта та одного лікаря-педіатра;

- розглянути питання фінансування НСЗУ в обсягах, необхідних для розроблення програмного забезпечення, з метою автоматичної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами;

- розробити та затвердити порядки ведення реєстрів декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; медичних спеціалістів; медичних працівників; договорів про медичне обслуговування населення; договорів про реімбурсацію;

- розробити та подати в установленому порядку Кабінету Міністрів України проєкт плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р.

5. Рішення Рахункової палати та Звіт про результати аудиту надіслати **Національній службі здоров'я України** і рекомендувати:

- підготувати проєкт програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги для включення її до законопроєкту “Про Державний бюджет України на 2022 рік;

- підготувати державний гарантований пакет первинної медичної допомоги, який буде визначати прозорий обсяг такої допомоги та лікарські засоби, право на отримання якого у разі потреби матимуть усі без винятку громадяни України;

- з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема первинної медичної допомоги розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- підготувати та подати на розгляд Міністрові охорони здоров'я України пропозиції щодо внесення змін до Постанови № 391 у частині доповнення вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення щодо наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за місцем (місцями) її провадження, а також лікарськими спеціальностями, зазначеними у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування); в частині включення до вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги;

- забезпечити укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій лише з використанням електронної системи охорони здоров'я;

- забезпечити контроль за своєчасним внесенням змін до діючих договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та дотриманням надавачами первинної медичної допомоги терміну інформування НСЗУ про припинення їх дії;

- забезпечити здійснення контролю в частині виконання надавачами взятих зобов'язань, передбачених умовами укладених з НСЗУ договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

- забезпечити розміщення на вебсайті НСЗУ інформації про перелік медичних послуг, у тому числі лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які пацієнту надаються безкоштовно;

- забезпечити проведення обґрунтованих розрахунків тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, та коригувальних коефіцієнтів і надати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України;

- з метою забезпечення взаємодії з інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами укласти договори з їх власниками;

- внести зміни до технічних вимог електронних медичних інформаційних систем у частині надання можливості надавачам первинної медичної допомоги створювати звіт про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, проводити аналіз інформації, отриманої з відповідних реєстрів, переглядати дати звільнення лікарів (за певний звітний період), інформацію щодо підстав припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації, створювати перелік декларацій, за якими проведено коригування

сум оплачених медичних послуг, із зазначенням причин такого коригування у звітному періоді;

- підготувати пропозиції щодо внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2021 № 133 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року”, в частині визначення в пакеті медичних послуг, що підлягають оплаті в межах реалізації програми медичних гарантій “Первинна медична допомога”, напрямів використання коштів державного бюджету, що сплачуються надавачам первинної медичної допомоги, та подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров’я України;

- підготувати пропозиції щодо внесення змін до Типової форми договору № 410 у частині доповнення її вимогою щодо подання звіту про доходи і витрати всіма надавачами первинної медичної допомоги та в установленому порядку подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров’я України;

- оплату надавачам первинної медичної допомоги здійснювати з дотриманням вимог частин п’ятої, сьомої статті 8 Закону № 2168 та вимог укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій – лише за обсяг наданих пацієнту медичних послуг, а не за кількість декларацій, укладених пацієнтами з лікарями, що надають таку допомогу;

- запровадити дієву систему внутрішнього контролю за використанням коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на надання первинної медичної допомоги;

- внести зміни до Методики здійснення верифікації даних № 231 у частині визначення періодичності проведення верифікації та оформлення її результатів;

- вирішити питання повернення надавачами первинної медичної допомоги безпідставно отриманих коштів державного бюджету в сумі 15427,2 тис. гривень.

6. Рішення Рахункової палати та Звіт про результати аудиту надіслати КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 м. Вінниці”, КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради, КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради, КНП “Міська поліклініка № 18” Харківської міської ради, КНП “Міська дитяча поліклініка № 16” Харківської міської ради, КНП “Львівська 1-а міська клінічна лікарня ім. Князя Лева”, КНП “2-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “3-я міська клінічна лікарня м. Львова”, КНП “4-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “5-а міська клінічна поліклініка м. Львова”, КНП “6-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської

ради, КНП “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, КНП “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського району міста Києва, філія “Центр охорони здоров’я Акціонерного товариства “Українська залізниця” (Київські клінічні лікарні на залізничному транспорті № 2 та № 3), ТОВ “ДІМ МЕДИЦИНИ”, Медичному центру ТОВ “ХЕЛС КЛІНІК”, ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт”, фізичній особі - підприємцю Татарникова Олена Юріївна.

7. Повідомити Офіс Генерального прокурора про виявлені за результатами аудиту ознаки кримінальних правопорушень.

1. ПЕРЕДУМОВИ ПРОВЕДЕННЯ АУДИТУ

1.1. Підстава для аудиту

Кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування (стаття 49 Конституції України).

Законом № 2801 визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні, врегульовано суспільні відносини у цій сфері.

Охорона здоров’я є одним з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров’я в Україні та забезпечує її реалізацію (стаття 12 Закону № 2801).

Згідно зі статтею 15 Закону № 2801 реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я забезпечує, зокрема, центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров’я.

Головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах охорони здоров’я, розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров’я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, відповідно до пункту 1 Положення № 267 є МОЗ.

У листопаді 2016 року Кабінетом Міністрів України схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров’я, мета якої – створення та запровадження нової моделі фінансування, що передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров’я.

Реалізація цієї Концепції здійснюється трьома етапами: підготовчий етап (2017 рік), етап впровадження (2018–2019 роки) та етап інтеграції (2020 рік).

Завданнями реформи є впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, утворення єдиного національного замовника медичних послуг, створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров’я, автономізація постачальників

медичної допомоги, запровадження принципу “гроші ходять за пацієнтом”, розбудова сучасної системи управління медичною інформацією.

Верховною Радою України в жовтні 2017 року прийнято Закон № 2168, який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101, набрання чинності якою відбулося 07.02.2018, утворено НСЗУ як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

НСЗУ виконує функції замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, укладає договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги, аналізує їх виконання, здійснює оплату за надані пацієнтам медичні послуги.

В Україні з 2018 року запроваджено реалізацію державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги. З метою забезпечення виконання цього завдання у 2018–2020 роках з державного бюджету виділено більше 38,0 млрд гривень.

Вищезазначене, а також соціальна значущість питання реформування системи охорони здоров'я обумовили необхідність проведення аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу.

1.2. Мета аудиту

Встановлення фактичного стану справ і надання оцінки своєчасності і повноти бюджетних надходжень, продуктивності, результативності, економності використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу.

Оцінка достовірності бюджетної звітності щодо проведених витрат: чи відображає бюджетна звітність правдиво і належним чином в усіх матеріальних аспектах результати фінансової діяльності та фінансову позицію об'єкта аудиту на кінець відповідного бюджетного року.

Оцінка стану функціонування електронної системи охорони здоров'я та отримання населенням медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги.

Оцінка обґрунтованості визначення тарифів на надання таких медичних послуг.

Оцінка своєчасності і повноти прийняття управлінських рішень та стану внутрішнього контролю розпорядника бюджетних коштів.

Надання аудиторських рекомендацій щодо удосконалення системи медичних послуг первинної медичної допомоги в межах гарантованого державою пакета медичної допомоги, покращення управління

бюджетними коштами, розбудови сучасної системи управління медичною інформацією.

1.3. Обсяг аудиту

Предмет аудиту:

- нормативно-правові акти, розпорядчі та інші документи, що регламентують діяльність, пов'язану з наданням первинної медичної допомоги, управлінські рішення щодо отримання та використання коштів на цю мету;
- кошти державного бюджету, виділені НСЗУ на 2018–2019 роки за бюджетною програмою “Надання первинної медичної допомоги населенню” (КПКВК 2308020);
- кошти державного бюджету, виділені НСЗУ на 2018–2020 роки за бюджетною програмою “Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення” за напрямом використання бюджетних коштів “Виконання завдань (проєктів) з інформатизації” (КПКВК 2308010);
- кошти державного бюджету, виділені НСЗУ на 2020 рік за бюджетною програмою “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення” за напрямом використання бюджетних коштів “Оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги” (КПКВК 2308060);
- бюджетна звітність, первинні документи та документи бухгалтерського обліку, бюджетні запити, кошториси, плани асигнувань (за винятком надання кредитів з бюджету) загального фонду бюджету, паспорти бюджетних програм, звіти про їх виконання та інші документи об'єктів аудиту, що відображають їх діяльність та стосуються предмета аудиту.

Об'єкти аудиту:

- МОЗ (головний розпорядник бюджетних коштів);
- НСЗУ (розпорядник бюджетних коштів нижчого рівня);
- КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 м. Вінниці”, КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради, КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради, КНП “Міська поліклініка № 18” Харківської міської ради, КНП “Міська дитяча поліклініка № 16” Харківської міської ради, КНП “Львівська 1-а міська клінічна лікарня ім. Князя Лева”, КНП “2-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “3-я міська клінічна лікарня м. Львова”, КНП “4-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “5-а міська клінічна поліклініка м. Львова”, КНП “6-а міська поліклініка м. Львова”, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради, КНП “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, КНП “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського

району міста Києва, філія “Центр охорони здоров’я Акціонерного товариства “Українська залізниця” (Київські клінічні лікарні на залізничному транспорті № 2 та № 3), ТОВ “ДІМ МЕДИЦИНИ”, Медичний центр ТОВ “ХЕЛС КЛІНІК”, ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт”, ФОП Татарникова Олена Юріївна – надавачі первинної медичної допомоги.

За результатами аудиту **складено 25 актів**, з яких чотири підписані із зауваженнями та поясненнями.

1.4. Методика та методи аудиту

Головна увага приділялася питанням організації надання населенню медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, обґрунтованості визначення тарифів на надання таких медичних послуг, створення і функціонування електронної системи охорони здоров’я, законного, продуктивного, результативного та економного використання коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на первинну медичну допомогу, достовірності бюджетної звітності щодо проведених витрат на надання первинної медичної допомоги.

Під час аудиту застосовувалися такі методи:

- аналіз нормативно-правових, адміністративних, організаційно-розпорядчих актів і документів, що регулюють організаційне і фінансове забезпечення надання первинної медичної допомоги;
- аналіз джерел інформаційних ресурсів;
- вивчення даних статистичних довідників “Показники здоров’я населення та використання ресурсів охорони здоров’я в Україні”, “Стан здоров’я дітей 0-17 років (педіатрія)”, “Населення України за 2018, 2019 і 2020 роки”;
- опрацювання, систематизація та узагальнення відповідей з досліджуваного питання, отриманих на запит Рахункової палати від МОЗ, Мінфіну, Міністерства цифрової трансформації України, 57 суб’єктів господарювання – надавачів первинної медичної допомоги, які розташовані в м. Києві та уклали з НСЗУ договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на надання таких послуг.

1.5. Початкові обмеження щодо проведення аудиту:

часові: 2018–2020 роки;

кількісні: видатки державного бюджету для надання первинної медичної допомоги населенню і виконання завдань (проектів) з інформатизації;

географічні: міста Київ, Вінниця, Львів, Одеса, Дніпро, Харків;

карантинні: аудит проведено з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 № 641 “Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2”, рішення Рахункової палати від 16.03.2020 № 6-1 “Про організацію роботи Рахункової палати на період здійснення заходів щодо запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19” та інших

нормативно-правових та розпорядчих актів, що визначають протиепідемічні заходи на території України.

1.6. Критерії, які застосовано:

продуктивність: оцінка співвідношення між результатами діяльності розпорядників бюджетних коштів та використаними для досягнення таких результатів коштів державного бюджету;

результативність: ступінь відповідності фактичних результатів діяльності розпорядників бюджетних коштів запланованим;

економність: встановлення стану досягнення об'єктами аудиту запланованих результатів за рахунок використання мінімального обсягу бюджетних коштів або досягнення максимального результату при використанні коштів;

законність: відповідність управлінських рішень, розпорядчих актів об'єктів аудиту щодо використання бюджетних коштів нормам чинного законодавства;

щодо оцінки своєчасності і повноти прийняття управлінських рішень: встановлення стану своєчасності і повноти прийняття управлінських рішень, що стосуються предмета аудиту; стан внутрішнього контролю за використанням бюджетних коштів.

щодо оцінки достовірності бухгалтерського обліку та річної бюджетної звітності: оцінка даних бухгалтерського обліку та річної бюджетної звітності на предмет відсутності у них помилок і перекручень.

Для цілей аудиту використана інформація щодо нормативно-правового забезпечення використання коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на первинну медичну допомогу, підготовлена юридичним департаментом.

Аудит ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу, Рахунковою палатою проводився вперше.

2. РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ

2.1. Стан підготовки Міністерством охорони здоров'я України та Національною службою здоров'я України державного гарантованого пакета медичних послуг для первинної ланки та програми державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги

2.1.1. МОЗ та НСЗУ не забезпечили підготовки у 2018–2020 роках програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) і лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України. Як наслідок, реалізація державних гарантій медичного обслуговування для первинної медичної допомоги здійснювалася за відсутності цієї програми і громадяни не мали інформації щодо прозорого і зрозумілого обсягу медичних послуг, які вони

мали право безкоштовно отримати у надавачів первинної медичної допомоги.

2.1.2. Законодавча база

Кабінетом Міністрів України розпорядженням від 03.04.2017 № 275-р затверджено план пріоритетних дій Уряду на 2017 рік, яким за напрямом “Створення нової системи організації охорони здоров’я на засадах медичного страхування” МОЗ визначено відповідальним за виконання заходу з підготовки державного гарантованого пакета медичних послуг на первинній ланці. Цей захід передбачалося виконати протягом року, очікуваний результат – підготовка прозорого та зрозумілого обсягу послуг, що громадяни можуть отримати в закладах охорони здоров’я.

Планом пріоритетних дій Уряду на 2018 рік, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 244-р, за напрямом “Створення нової системи організації охорони здоров’я на засадах медичного страхування” МОЗ визначено відповідальним за виконання заходу з підготовки програми державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги. Термін виконання заходу – травень, очікуваний результат – визначення прозорого та зрозумілого обсягу послуг, які можуть отримати громадяни в закладах охорони здоров’я.

Планом пріоритетних дій Уряду на 2020 рік за напрямом “Медична реформа” МОЗ, НСЗУ та Мінфін визначено відповідальними за виконання заходу з розроблення “дорожньої карти” реалізації програми медичних гарантій у повному обсязі. Термін виконання – грудень, очікувані результати – покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема первинної медичної допомоги.

Відповідно до статті 4 Закону № 2168 програма медичних гарантій визначає перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть компенсуватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров’я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

Частиною п'ятою статті 4 Закону № 2168 передбачено, що програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік. Водночас Законом № 294 та Законом № 1082 дію цієї вимоги на 2020 і 2021 роки зупинено.

Згідно з Положенням № 1101 до основних завдань НСЗУ віднесено, зокрема, реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій. НСЗУ відповідно до покладених завдань, зокрема, розробляє проєкт програми медичних гарантій.

Наказом МОЗ від 26.07.2019 № 1709¹ затверджено Порядок розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Відповідно до пункту 5 розділу II цього Порядку НСЗУ готує проєкт програми за формою згідно з додатком до Порядку.

НСЗУ передає проєкт програми до МОЗ разом з пропозиціями щодо тарифів та коригувальних коефіцієнтів.

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я державний гарантований пакет медичної допомоги – прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг відшкодовуватиметься системою страхування повністю або частково. У разі часткового відшкодування пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни.

2.1.3. Виявлений стан справ

МОЗ протягом трьох років і чотирьох місяців від встановленого терміну (2017 рік) **не виконано захід**, передбачений планом пріоритетних дій Уряду на 2017 рік, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.04.2017 № 275-р, і **не підготовлено державного гарантованого пакета медичних послуг первинної медичної допомоги, який визначає прозорий та зрозумілий обсяг послуг, що громадяни можуть отримати в закладах охорони здоров'я.**

МОЗ² та НСЗУ протягом трьох років від встановленого терміну (травень 2018 року) також **не виконано захід**, передбачений планом пріоритетних дій Уряду на 2018 рік, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 244-р, та **не підготовлено програми державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги, що мала визначати прозорий та зрозумілий обсяг послуг, який можуть отримати громадяни в закладах охорони здоров'я.**

¹ Зареєстровано в Мін'юсті 23.08.2019 за № 961/33932.

² Визначено відповідальним за виконання цього заходу.

Порядок № 1709 МОЗ затверджено лише в липні 2019 року (наказ від 26.07.2019 № 1709, який набрав чинності 13.09.2019).

Відповідно до пункту 1 розділу II Порядку № 1709 не пізніше 1 лютого поточного року МОЗ доводить до відома НСЗУ пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я. Якщо у визначений термін МОЗ не повідомило пріоритетних напрямів, НСЗУ використовує пріоритетні напрями, визначені у попередньому році.

Водночас згідно з пунктом 2 наказу МОЗ від 26.07.2019 № 1709 вказані строки не застосовуються під час розроблення проєкту програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка використовуватиметься у 2020 році.

Форма проєкту програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка є додатком до Порядку № 1709, передбачає дані щодо медичних послуг, типу ставки та тарифу, що не узгоджується з вимогами Закону № 2168. У цій формі, зокрема, не передбачено даних щодо обсягу медичних послуг (включаючи медичні вироби), повну оплату надання якого пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету.

Програма медичних гарантій у складі законів про державний бюджет на 2018 рік і 2019 рік не затверджувалася. Законами № 294 і № 1082 дія вимоги щодо затвердження програми медичних гарантій у складі закону про державний бюджет зупинена.

Таким чином, **через неналежну організацію роботи МОЗ у 2018–2020 роках, реалізація державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення на рівні первинної медичної допомоги здійснювалася за відсутності цілісного нормативного документа – програми державних гарантій та гарантованого пакета медичних послуг.**

За інформацією МОЗ³ та НСЗУ⁴, у 2018–2019 роках реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги здійснювалася у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 та 2019 роки визначено постановами Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 407 та від 18.12.2018 № 1117 відповідно.

Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році визначено постановою Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65. Дію цього порядку продовжено до кінця I кварталу 2021 року⁵.

Довідково. За інформацією НСЗУ (листи від 18.03.2021 № 5290/2-16-21, від 26.02.2021 № 3951/5-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.), міжнародний термін для позначення

³ Лист від 14.01.2021 № 25-04/852/2-21 за підписом першого заступника Міністра Садов'як І. Д.

⁴ Листи від 26.02.2021 № 3951/5-16-21, від 18.03.2021 № 5290/2-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.

⁵ Постанова Кабінету Міністрів України від 12.01.2021 № 22 “Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 24.12.2019 № 1086 і від 05.02.2020 № 65”.

гарантій у сфері охорони здоров'я – “гарантований пакет”. В українському законодавстві для позначення гарантованого пакета обрано термін “програма медичних гарантій”. Поняття пакета медичних послуг запроваджено до законодавства у 2020 році.

Відповідно до Порядку № 65 пакет медичних послуг – перелік медичних послуг і лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором.

За інформацією МОЗ (лист від 14.01.2021 № 25-04/852/2-21 за підписом першого заступника Міністра Садов'як І. Д.), гарантований пакет медичних послуг первинної медичної допомоги визначено Порядком № 407.

За інформацією НСЗУ, Порядком № 504 встановлено перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету. У додатку 1 до Порядку № 504 визначено перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, у додатку 2 – перелік медичних втручань у межах первинної медичної допомоги для груп пацієнтів з підвищеним ризиком, у додатку 3 – перелік лабораторних та інструментальних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги. Додаток 2 містить інформацію про періодичність обстеження, яка є відомостями про обсяг медичних послуг. Таким чином, державні гарантії медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги визначено порядком надання первинної медичної допомоги.

Аудит засвідчив: Порядком № 504 визначено завдання, конкретизовано зміст і встановлено вимоги до організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги, а також перелік послуг з первинної медичної допомоги, організацію і правила їх надання, режим і графік роботи надавача таких послуг, порядок запису на прийом для отримання послуг з первинної медичної допомоги. Водночас **переліком медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, що є додатком 1 до Порядку № 504, визначено перелік медичних послуг для надавачів первинної медичної допомоги, а не для пацієнтів, які повинні знати повний спектр таких послуг за рахунок коштів державного бюджету.**

Довідково. Наприклад, до переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, визначеного Порядком № 504, включено надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, зокрема, консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта; ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть; взаємодію із соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я; взаємодію із суб'єктами системи громадського здоров'я; підготовки та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

У переліку медичних втручань у межах первинної медичної допомоги для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань, наведеному у додатку 2 до Порядку № 504, визначено перелік і обсяг медичних послуг лише щодо

окремих захворювань з урахуванням факторів ризику та вікових груп⁶, а також зазначено, що цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я.

У додатку 3 до Порядку № 504 вказано перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги⁷, без визначення їх обсягу.

Затверджений клінічний протокол, згідно з яким надається первинна медична допомога, відсутній.

При цьому назва включених у додаток 1 до Порядку № 504 двох медичних послуг: “Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я” та “Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами” – не розкриває суті цих послуг, отже, вони є незрозумілими для пацієнтів. Крім того, велика кількість протоколів надання медичної допомоги, що включають, зокрема, первинну медичну допомогу (на офіційному сайті Державного підприємства “Державний експертний центр МОЗ України” у розділі “Галузеві стандарти та клінічні настанови” розміщено 79 таких протоколів), **унеможлиблює визначення пацієнтами медичної допомоги, яку вони можуть отримати у межах цих двох медичних послуг.**

Як наслідок, немає єдиного алгоритму надання цих медичних послуг. Як встановлено аудитом, **такий алгоритм встановлюється надавачами первинної медичної допомоги самостійно.**

Отже, у Порядку № 504 не визначено прозорого та зрозумілого переліку і обсягу медичних послуг первинної медичної допомоги (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, які можуть отримати громадяни у надавачів таких послуг. Водночас у порядках № 407, № 1117 та № 65 зазначено, що перелік медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги, визначається Порядком № 504.

З метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги і медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги планом пріоритетних дій Уряду на 2020 рік **МОЗ,**

⁶ Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ВІЛ, рак молочної залози, колоректальний рак, рак передміхурової залози.

⁷ Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, глюкоза крові, загальний холестерин, вимірювання артеріального тиску, електрокардіограма, вимірювання ваги, зросту, окружності талії, швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити, SARS-CoV-2.

НСЗУ та Мінфін визначено виконавцями заходу з розроблення “дорожньої карти” реалізації програми медичних гарантій у повному обсязі, але у встановлений термін (грудень 2020 року) цей захід не виконано.

Довідково. За інформацією МОЗ (лист від 14.01.2021 № 25-04/852/2-21 за підписом першого заступника Міністра Садов'як І. Д.), підставою для включення заходу з розроблення “дорожньої карти” реалізації програми медичних гарантій у повному обсязі до плану пріоритетних дій Уряду на 2020 рік є виконання Закону № 2168 та Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Очікуваний результат виконання – покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги. Протягом 2020 року внесено відповідні зміни до Порядку № 65 з метою удосконалення програми медичних гарантій і покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги.

Відповідно до інформації НСЗУ (лист від 16.02.2021 № 2878/5-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.) розроблення та затвердження “дорожньої карти” реалізації програми медичних гарантій законодавством не передбачено.

2.1.4. Рекомендації МОЗ та НСЗУ:

- підготувати програму державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги, для включення її до законопроекту “Про Державний бюджет України на 2022 рік”;

- підготувати державний гарантований пакет первинної медичної допомоги, який буде визначати прозорий обсяг такої допомоги та лікарські засоби, право на отримання якого у разі потреби матимуть усі без винятку громадяни України;

- з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Рекомендації Кабінету Міністрів України:

- зобов'язати МОЗ підготувати програму державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги;

- доручити МОЗ та НСЗУ спільно з Мінфіном розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

2.2. Оцінка організації Національною службою здоров'я України роботи з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

2.2.1. НСЗУ не забезпечила належної роботи з виконання повноважень щодо укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги. Рішення про укладання на 2018–2020 роки договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із суб'єктами господарювання в окремих випадках ухвалювалися комісіями з розгляду заяв за відсутності повного пакета документів та за неналежного їх оформлення всупереч вимогам НСЗУ, визначеним в оголошеннях про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також без використання електронної системи охорони здоров'я, що є порушенням пункту 4 Порядку № 410. НСЗУ після укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій не забезпечила контролю за своєчасністю внесення змін до них.

Ціна договору на 2018 рік і загальна орієнтовна ціна договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності встановлювалася залежно від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 умов укладених договорів на 2018 рік та пунктом 33 умов укладених договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг. Порядки № 1117 і № 65 не визначають передбаченого умовами договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій механізму розрахунку запланованої вартості медичних послуг.

Внаслідок неефективного внутрішнього контролю в НСЗУ інформування про припинення дії договорів надавачами первинної медичної допомоги здійснювалося з порушенням термінів, встановлених у підпункті 20 пункту 19 укладених договорів, що призвело до необґрунтованої виплати коштів з державного бюджету та їх повернення.

2.2.2. Законодавча база

До повноважень НСЗУ згідно з Положенням № 1101 віднесено, зокрема, укладання, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою – підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та НСЗУ (частина перша статті 8 Закону № 2168).

Механізм укладання, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій визначає Порядок № 410.

Укладання договорів на 2018–2019 роки згідно з пунктом 6 Порядку № 410 та на 2020 рік – пунктом 10 Порядку № 410 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073) здійснюється НСЗУ відповідно до оголошення про укладання договорів, яке розміщується на офіційному вебсайті установи. Вимоги до змісту оголошення про укладання договорів на 2018–2019 роки регламентовано пунктом 6 Порядку № 410, на 2020 рік – пунктом 10 Порядку № 410 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073). Перелік документів, які повинні додаватися до заяви про укладання договорів на 2018–2019 роки, визначено пунктом 7 Порядку № 410 та на 2020 рік – пунктом 14 Порядку № 410 (з урахуванням змін, внесених постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073).

Вимоги до надавача первинної медичної допомоги, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, визначено у Постанові № 391.

Пунктом 22 Порядку № 410 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073) встановлено: протягом десяти календарних днів з дати підписання проекту договору уповноваженою особою НСЗУ керівник або уповноважена особа суб'єкта господарювання накладає електронний підпис на такий договір, яким підтверджує, що суб'єкт господарювання відповідає умовам закупівлі та спроможний надавати медичні послуги згідно із специфікацією.

Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410.

Договір разом з усіма додатками (за умови знеособлення персональних даних) підлягає оприлюдненню на офіційному вебсайті НСЗУ протягом п'яти робочих днів з дня укладання. Інформація про укладений договір включається до Реєстру договорів про медичне обслуговування населення відповідно до законодавства (пункт 13 Порядку № 410 та пункт 24 Порядку № 410 з урахуванням змін, внесених постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073). Внесення змін або припинення укладеного договору здійснюється шляхом надсилання суб'єктом господарювання або НСЗУ через систему відповідної пропозиції і проекту договору про внесення змін з накладеним електронним підписом. Проект договору щодо внесення змін розглядається суб'єктом господарювання або НСЗУ протягом не більше ніж 10 робочих дні з дня його надходження (пункти 14 і 15 Порядку № 410, пункти 25, 26 Порядку № 410 з урахуванням змін, внесених постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073).

Надавач повідомляє НСЗУ та пацієнтів про припинення медичної практики або подання заяви про припинення дії договору за ініціативною надавача не пізніше ніж за шість тижнів до настання таких обставин та вносить до системи відповідну інформацію (підпункт 20 пункту 19 договорів на 2019 і 2020 роки).

2.2.3. Виявлений стан справ

Аудитом встановлено: з метою закупівлі медичних послуг, пов'язаних із наданням первинної медичної допомоги, НСЗУ у 2018–2020 роках розроблялися і затверджувалися оголошення про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій⁸ відповідно до вимог Порядку № 410, які щороку оприлюднювалися на офіційному вебсайті НСЗУ.

Суб'єкти господарювання, які виявили бажання укласти з НСЗУ договори на визначених в оголошеннях про укладання договорів єдиних умовах, подавали заяви (пропозиції) з доданими до них розробленими НСЗУ формами документів. Оскільки у 2018 році електронна система охорони здоров'я не функціонувала, подання заяв про укладання договорів на 2018 рік і доданих до них документів здійснювалося суб'єктами господарювання в електронному вигляді на електронну пошту договірного відділу НСЗУ. Подання заяв про укладання договорів на 2019 і 2020 роки і доданих до них документів здійснювалося суб'єктами господарювання в електронному вигляді шляхом внесення відповідних відомостей до електронної медичної інформаційної системи. Заяви та відповідні документи подавалися у два етапи⁹ та у визначені НСЗУ строки¹⁰.

За інформацією НСЗУ, протягом визначеного в оголошеннях про укладання договорів строку подання до НСЗУ заяв (пропозицій) від 732 суб'єктів господарювання надійшло 732 заяви про укладання договорів на 2018 рік; від 1687 суб'єктів господарювання – 4490 заяв¹¹ про укладання договорів на 2019 рік та від 1868 суб'єктів господарювання – 4130 заяв про укладання договорів на 2020 рік.

Водночас, за даними, розміщеними на вебсайті НСЗУ¹² у розділі Е-дані “Аналітичні панелі (дашборди). Подання суб'єктами господарювання, які надають первинну медичну допомогу, заяв про укладення договору з НСЗУ”, на укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою

⁸ Накази НСЗУ про організацію укладання договорів про медичне обслуговування населення щодо первинної медичної допомоги на 2018 рік від 25.15.2018 № 17 і від 24.07.2018 № 42; на 2019 рік від 23.11.2018 № 178 і від 06.02.2019 № 27 (зі змінами від 12.04.2019 № 109); на 2020 рік – від 13.12.2019 № 532 і від 13.01.2020 № 5.

⁹ За інформацією НСЗУ, повторне оприлюднення оголошень про укладання договорів здійснювалося з метою надання можливості подати відповідні заяви новоствореними юридичними особами та суб'єктами господарювання, які протягом строку подання заяв у раніше опублікованих оголошеннях не відповідали вимогам НСЗУ і заяви яких були відхилені.

¹⁰ Строки подання заяв: на 2018 рік – з 01.06.2018 до 16 год. 00 хв. 25.06.2018 та з 25.07.2018 до 16 год. 00 хв. 03.08.2018 включно; на 2019 рік – з 26.11.2018 до 18 год. 00 хв. 20.12.2018 та з 06.02.2019 до 18 год. 00 хв. 20.11.2019 включно; на 2020 рік – з 13.12.2019 до 17 год. 00 хв. 24.12.2019 та з 13.01.2020 до 18 год. 00 хв. 16.11.2020 включно.

¹¹ З урахуванням доопрацьованих і повторно надісланих до НСЗУ.

¹² Згідно з пунктом 14 статті 11 Закону № 2168 НСЗУ зобов'язане опубліковувати на офіційному вебсайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, за умови знеособлення персональних даних відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

медичних гарантій на 2019 рік від 1695 суб'єктів господарювання надійшло 4735 заяв¹³ та на 2020 рік від 1868 суб'єктів господарювання – 4207 заяв.

Отже, оприлюднена НСЗУ на офіційному вебсайті інформація щодо кількості заяв про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2019–2020 роки, які подані суб'єктами господарювання, є недостовірною.

Спочатку прийом і розгляд заяв про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018 рік здійснювався договірним відділом НСЗУ та відділом роботи з договорами юридичного департаменту відповідно до затвердженої наказом НСЗУ від 25.05.2018 № 18 Тимчасової інструкції з укладення договорів, яка діяла до початку функціонування електронної системи охорони здоров'я. Ця інструкція визначала процедуру укладання договорів і алгоритм опрацювання заяв, що надходять до НСЗУ.

Довідково. Перевірка відомостей згідно з Тимчасовою інструкцією, зокрема про чинні ліцензії, видані заявникам на провадження господарської діяльності з медичної практики, здійснювалась шляхом звіряння відомостей про ліцензіатів, наданих МОЗ; про наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання зазначених в оголошенні про укладання договорів медичних послуг, лікарів, які надають первинну медичну допомогу, залучених осіб для надання медичних послуг – шляхом внесення суб'єктом господарювання даних до відповідних таблиць.

Прийом та розгляд заяв про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2019–2020 роки здійснювався відповідальними за це посадовими особами НСЗУ, перелік яких затверджено наказами НСЗУ від 23.11.2018 № 178 та від 16.12.2019 за № 526¹⁴ (відповідно 31 і 19 посадових осіб НСЗУ).

За результатами розгляду заяв, які надходили до НСЗУ у 2018–2020 роках, 108, 2649 і 1692 заяви відповідно повернено суб'єктам господарювання на доопрацювання. Причини повернення – невідповідність вимогам до надавача в частині реєстрації юридичної особи (49 заяв у 2018 році); неправильний електронний цифровий підпис і його відсутність (30 заяв у 2018 році); неправильний формат файлу заяви (20 заяв у 2018 році); відсутність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики (6 заяв у 2018 році); відсутність додатків, визначених для подання (3 заяви у 2018 році); неправильне зазначення в електронній системі охорони здоров'я терміну дії договорів (177 заяв у 2019 році і 282 заяви у 2020 році); зазначення в електронній системі охорони здоров'я даних, які не відповідають ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики (108 заяв у 2019 році і 333 заяви у 2020 році); неправильне зазначення документів, на підставі яких діє заклад (239 заяв у 2019 році і 118 заяв у 2020 році); неподання додатків за формою, визначеною в оголошенні про укладання договорів, або взагалі їх неподання

¹³ З урахуванням доопрацьованих і повторно надісланих до НСЗУ.

¹⁴ “Про організацію укладання договорів про медичне обслуговування населення щодо первинної медичної допомоги на 2019 рік” та “Про деякі питання укладання договорів про медичне обслуговування населення на 2020 рік”.

(1067 заяв у 2019 році і 550 заяв у 2020 році) тощо.

Відмовлено в укладанні договорів на 2018, 2019 і 2020 роки та відхилено заяви відповідно 59, 15 і 25 суб'єктів господарювання. Причини відмов – відсутність у 11 суб'єктів господарювання чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; невиконання 24 суб'єктами господарювання вимог Постанови № 391 у частині реєстрації юридичної особи, невиконання двома суб'єктами господарювання вимог у частині реорганізації закладу в комунальне некомерційне підприємство; внесення 13 суб'єктами господарювання недостовірної або неповної інформації до електронної системи охорони здоров'я та невиправлення її до закінчення строку подання заяв; відхилення особисто 12 суб'єктами господарювання поданих заяв тощо.

Крім того, 240 і 677 заяв про укладання договорів на 2019 і 2020 роки відкликано безпосередньо суб'єктами господарювання без зазначення причин. Погоджено заяв про укладання договорів на 2018, 2019 і 2020 роки відповідно 624, 1597 і 1736 суб'єктів господарювання.

Таким чином, відповідальні посадові особи НСЗУ фактично здійснювали перевірку інформації, яка подавалася суб'єктами господарювання в електронній формі та вносилися до електронної системи охорони здоров'я шляхом заповнення відповідних полів або форм документів, визначених для подання в оголошеннях про укладання договору.

Як засвідчив аудит, посадовими особами НСЗУ, відповідальними за розгляд заяв про укладання договорів на 2018, 2019 і 2020 роки, **неналежним чином здійснювався контроль за відповідністю інформації, поданої суб'єктами господарювання, вимогам оголошень про укладання договорів.** Встановлено випадки недотримання суб'єктами господарювання вимог НСЗУ, визначених в оголошеннях про укладання договорів.

Так, сім суб'єктів господарювання¹⁵ із 55, вибірково взятих для аудиту, не додали до заяви про укладання договору на 2018 рік повного пакета документів¹⁶

¹⁵ КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Ружинської районної ради, “Амбулаторія, групова практика Скалатської міської ради”, “Центр первинної медико-санітарної допомоги Ширяївського району”, “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Брусилівської селищної ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Сумської міської ради, “Міська лікарня № 3” Харківської міської ради, ТОВ “Науково-виробниче підприємство “БЕСТІНВЕСТ”.

¹⁶ Не надано статуту або довіреності, виданої суб'єктом господарювання або власником, про укладання договору з НСЗУ; рішення власника юридичної особи про надання права уповноваженій особі підписати договір; відомостей про чинну ліцензію, видану заявникові на провадження господарської діяльності з медичної практики; відомостей про наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання зазначених в оголошенні про укладання договорів медичних послуг; листів від органів місцевого самоврядування, з місцевих бюджетів яких здійснюється фінансування заявника; листів від органу місцевого самоврядування, з місцевого бюджету якого здійснюється фінансування заявника, із зазначенням кількості наявного населення на території обслуговування.

та не забезпечили належного заповнення відповідних документів¹⁷. Незважаючи на це, НСЗУ укладено з цими суб'єктами господарювання договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018 рік.

Не забезпечено також суб'єктами господарювання при поданні заяв про укладання договорів на 2019 і 2020 роки належного заповнення форм додатків, передбачених для подання умовами оголошень про укладання договору¹⁸. Зокрема, у заявах на 2019 рік не підписано форми додатка 1 “Повідомлення про відповідність” одним суб'єктом господарювання (ФОП Лійка В. Ю.) та не скріплено печаткою форми додатка 2 “Відомості про залучених осіб (підрядників)” п'ятьма суб'єктами господарювання (ФОП Козлов В. В., Лелека З. В., Родняк О. З, Ніконоров В. М., Корнєєв Т. І.), на 2020 рік не оформлено на бланку суб'єктів господарювання додатка 2 “Відомості про підрядників” та не скріплено цю форму відповідною печаткою двадцятьма двома суб'єктами господарювання¹⁹.

Як засвідчив аудит, НСЗУ самостійно визначила форми документів та їх зміст, які надавалися суб'єктами господарювання до заяви (пропозиції) при укладанні договорів на 2018–2020 роки. **Формою документів не передбачалося подання суб'єктами господарювання документального підтвердження відповідності їх умовам для надання послуг первинної медичної допомоги. Умовами оголошень про укладання договорів вимоги щодо подання підтвердних документів НСЗУ також не визначалися.**

Так, для підтвердження наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та наявності матеріально-технічної бази, необхідної для надання медичних послуг, НСЗУ вимагало у суб'єктів господарювання у 2018 році заповнення і подання до заяви форми 2 “Відомості про чинну ліцензію, видану заявнику на провадження господарської діяльності з медичної практики” (містить номер, дату наказу МОЗ про видачу ліцензії, серію і номер бланка ліцензії, дату початку і строк дії ліцензії та лікарських спеціальностей) та форми 3 “Відомості про наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання зазначених у оголошенні медичних послуг”.

У 2019–2020 роках заповнювалась і подавалась форма 1 “Повідомлення про відповідність”, що містить загальний перелік умов (відомостей) та складається із 7 пунктів, яким повинен відповідати суб'єкт господарювання. Зокрема, підтвердження наявності у суб'єкта господарювання на момент подання заяви про укладання договору чинної ліцензії на провадження господарської

¹⁷ У документах не зазначено реквізитів, повної назви закладу охорони здоров'я, номера телефону, адреси електронної пошти.

¹⁸ Оголошення про укладання договорів від 26.11.2018 № 3 і від 06.02.2019 № 4, від 13.12.2019 без номера.

¹⁹ Без бланка – ТОВ “Бестінвест”, “Аптека.194”, “Профекта”, “Медичний центр Актив Мед”, “Центр сімейної медицини Амедика”, “Науково-виробниче підприємство Медичинські системи і технології”, приватні підприємства “Сіцілія”, “Віва клінік”, ФОП Козирь О. Г, Миколук Л. В., Куршаков С. В., Козяр О. В., Білишко Д. В., Дальничук М. П., Рогаль Л. І, Шпорт А. Я.; без печатки – ТОВ “Медикал Сервіс” та ФОП Загородна П. С., Ільницька І. О., Токарчук О. М., Малик В. М.; без бланка і печатки – ФОП Родняк О. З.

діяльності з медичної практики та відповідності його ліцензійним умовам з медичної практики; підтвердження наявності в кожному місці надання медичних послуг обладнання, яке передбачене розділом I Примірною таблицею № 148. Наприкінці форма 1 засвідчувалась підписом суб'єкта господарювання із проставленням дати, при цьому форма не передбачала запису “підтверджую” або “не підтверджую”, зробленого особисто суб'єктом господарювання за кожним пунктом відповідності його умовам, а також документального підтвердження інформації, яка міститься у формі. При укладанні договорів на 2020 рік НСЗУ доопрацьовано форму 1 лише в частині записів “підтверджую” або “не підтверджую” відомості, зазначені суб'єктом господарювання у формі.

При цьому в електронній системі охорони здоров'я міститься лише загальна інформація (номер і дата наказу МОЗ про видачу ліцензії, серія, строк дії ліцензії) щодо наявності у суб'єкта господарювання ліцензії МОЗ на провадження господарської діяльності з медичної практики і не передбачено внесення такої інформації за кожним місцем провадження господарської діяльності з медичної практики та за відповідними лікарськими спеціальностями. Немає також інформації про медичне обладнання, наявне у суб'єкта господарювання на дату подання заяви про укладання договору на 2020 рік, що суперечить вимогам пункту 11 Порядку № 410 (зі змінами від 27.12.2019)²⁰.

НСЗУ у 2018–2020 роках укладала договори на підставі поданих суб'єктами господарювання заяв про укладання договорів та форм документів, доданих до них, достовірність інформації в яких засвідчувалась електронним цифровим підписом уповноваженої особи суб'єкта господарювання. За інформацією НСЗУ, під час укладання договорів перевірка відповідності суб'єктів господарювання вимогам, зокрема щодо наявності ліцензій, здійснювалась посадовими особами НСЗУ в ручному режимі.

Надалі розгляд та опрацювання заяв про укладання договорів на 2018 і 2019 роки здійснювалися Комісією з розгляду заяв, утвореною відповідно до наказу НСЗУ від 25.05.2018 № 20²¹. Згідно з Положенням № 20 Комісію з розгляду заяв утворено з метою опрацювання заяв про укладання договорів та додатків до них на період до створення технічної можливості для укладання договорів через електронну систему охорони здоров'я.

Довідково. Згідно з Положенням № 20 організаційною формою роботи Комісії з розгляду заяв є засідання, рішення приймається на засіданні більшістю голосів у разі участі в голосуванні не менш як двох третин її членів та оформлюється протоколом, який готує секретар цієї Комісії і підписують усі члени. При рівності голосів “за” і “проти” вирішальний голос належить голові Комісії з розгляду заяв, а у разі його відсутності – головуєму на засіданні.

Як засвідчив аудит, прийняття Комісією з розгляду заяв рішень про укладання договорів на 2018 і 2019 роки здійснювалося з порушенням вимог Положення № 20 – без застосування процедури голосування. У

²⁰ Згідно з листом НСЗУ від 26.02.2021 № 3988/5-16-21.

²¹ “Про утворення комісії з розгляду заяв на укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги”.

протоколах засідань Комісії з розгляду заяв від 05.06.2018 № 1, від 25.06.2018 № 2, від 13.08.2018 № 3 та від 29.03.2019 № 7 і № 8 не міститься інформації про членів Комісії з розгляду заяв, які проголосували “за”, “проти”, “утримались”. Розгляд заяв про укладання договору у 2018 році Комісією здійснювався у термін від 11 до 20 днів від дати надходження до НСЗУ, у 2019 році – у місячний термін²².

Незважаючи на створення у січні 2019 року технічної можливості для укладання договорів з використанням електронної системи охорони здоров'я²³, **Комісією з розгляду заяв в порушення пункту 4 Порядку № 410 29.03.2019 ухвалено рішення про укладання договорів з трьома КНП та ФОП²⁴ без використання електронної системи охорони здоров'я.** Причина – технічні труднощі, які виникли у цих суб'єктів господарювання²⁵.

У червні 2019 року НСЗУ наказом від 06.06.2019 № 188 ліквідувала Комісію з розгляду заяв та утворила Комісію з розгляду окремих заяв надавачів медичних послуг про укладання та зміну договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Наказом НСЗУ від 13.01.2020 № 4 “Про внесення змін до наказу НСЗУ від 06.06.2019 № 188” оновлено назву комісії: комісія з розгляду окремих заяв надавачів медичних послуг про укладання, зміну та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, склад і положення про неї.

Довідково. Згідно з Положенням про Комісію з розгляду окремих заяв надавачів медичних послуг про укладання, зміну та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, метою її діяльності є розгляд окремих заяв надавачів медичних послуг про укладання, зміну та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та додатків до них, а також прийняття відповідних рішень. Основні завдання комісії – вирішення проблемних питань, які виникають під час розгляду заяв та потребують додаткового вивчення.

Аудитом встановлено: Комісією з розгляду окремих заяв у порушення пункту 4 Порядку № 410 ухвалено рішення про укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у кінці 2019 року з двома суб'єктами господарювання (КНП “Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради”, АТ “Укрзалізниця”) та протягом січня-

²² Заяви про укладання договору на 2019 рік від КНП “Борсуківська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини” Борсуківської сільської ради Лановецького району Тернопільської області; “Затурцівська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини” Затурцівської сільської ради Локачинського району Волинської області; “Оскільська амбулаторія первинної медико-санітарної допомоги” Оскільської сільської ради Ізюмського району Харківської області та ФОП Татарникова О. Ю., що надійшли через електронну систему охорони здоров'я 20.02.2019, Комісією з розгляду заяв розглянуто 29.03.2019, тобто через місяць від дати надходження до НСЗУ.

²³ За інформацією НСЗУ від 26.02.2021 № 3988/5-16-21 за підписом т. в. о. Віленського А. Б., наданою на запит Рахункової палати.

²⁴ КНП “Борсуківська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини” Борсуківської сільської ради Лановецького району Тернопільської області; “Затурцівська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини” Затурцівської сільської ради Локачинського району Волинської області; “Оскільська амбулаторія первинної медико-санітарної допомоги” Оскільської сільської ради Ізюмського району Харківської області та ФОП Татарникова О. Ю.

²⁵ Згідно з протоколом засідання Комісії з розгляду заяв від 29.03.2019 № 7.

березня 2020 року з одним (АТ “Укрзалізниця”) без використання електронної системи охорони здоров’я.

Довідково. Заяви КНП “Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради” та АТ “Укрзалізниця” про укладання договору на 2019 рік надійшли через електронну систему охорони здоров’я 12.11.2019 (повторно 14.11.2019) і 15.11.2019, тобто за 8-5 днів до закінчення строку їх подання. Розгляд цих заяв і доданих до них документів Комісією з розгляду окремих заяв здійснено 18.11.2019 (протокол 2019-7) та зазначено, що документи відповідають вимогам, визначеним в оголошенні про укладання договорів від 06.02.2019 № 4. Однак на момент розгляду заяв інформація про код ЄДРПОУ і повне найменування закладів не відображалася в електронній системі охорони здоров’я. Цю проблему в. о. директора департаменту розвитку електронної системи охорони здоров’я НСЗУ взято до уваги, але не визначено термін її вирішення. Слід зазначити, що статутом АТ “Укрзалізниця” передбачено два підписанти договору. Програмним забезпеченням електронної системи охорони здоров’я, яку розроблено з урахуванням Порядку № 410, не передбачено можливості підписання договору двома уповноваженими особами, а Типовою формою договору не визначено додаткових полів для кількох уповноважених сторін. Між НСЗУ і товариством здійснювалося листування щодо вирішення цього питання, але успіху не досягнуто²⁶. Незважаючи на вказані проблеми, Комісією з розгляду окремих заяв ухвалено рішення про укладання договорів із цими суб’єктами господарювання без використання електронної системи охорони здоров’я. Договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладено 28.11.2019 з КНП “Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради” за № 01993150 та з АТ “Укрзалізниця” за № 40075815 в електронній формі без використання електронної системи охорони здоров’я.

Так само 24.12.2019 до НСЗУ через електронну систему охорони здоров’я надійшла заява АТ “Укрзалізниця” про укладання договору на 2020 рік. Розгляд заяви і доданих до неї документів Комісією з розгляду окремих заяв здійснено 28.12.2019 (протокол № 2019-8) та зазначено, що документи відповідають вимогам, визначеним в оголошенні про укладання договорів від 16.12.2019. Враховуючи проблеми з підписанням договору у 2019 році, НСЗУ надіслано лист до товариства з проханням поінформувати про вирішення проблеми з двома підписантами, але на дату проведення засідання питання не вирішено. Незважаючи на це, Комісією з розгляду окремих заяв ухвалено рішення про укладання договору терміном дії до 31.03.2020 без використання електронної системи охорони здоров’я. У березні 2020 року на засіданні Комісії з розгляду окремих заяв (протокол від 04.03.2020 № 5.3-01/7-2020) повторно розглянуто вказане питання і без відповідного його вирішення та заяви від товариства щодо внесення змін до договору ухвалено рішення про укладання договору з АТ “Укрзалізниця” без використання електронної системи охорони здоров’я терміном дії до 31.12.2020, посилаючись на пункт 2 Постанови № 410.

Отже, робота двох комісій з розгляду заяв, створених НСЗУ у 2018, 2019 і 2020 роках, забезпечувала укладання із суб’єктами господарювання якомога більшої кількості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Водночас рішення цих комісій були прийняті з порушенням встановлених НСЗУ вимог до заявників і суперечили вимогам чинного законодавства.

Для надання первинної медичної допомоги НСЗУ у 2018 році загалом укладено 623 договори на суму 3447288,5 тис. грн, у 2019 році – 1470 договорів на 16890481,4 тис. грн, у 2020 році – 1736 договорів на 18098388,0 тис. гривень. У 2019 році один договір²⁷ НСЗУ припинено в односторонньому порядку у

²⁶ За інформацією члена Комісії з розгляду окремих заяв А. Ус, зазначеною у протоколі від 28.12.2019 № 2019-8.

²⁷ Договір від 01.04.2019 № Х96М-М000-М000, укладений з ФОП Молнар А. В.

зв'язку з припиненням надавачем первинної медичної допомоги 28.10.2019 господарської діяльності; у 2020 році – три договори²⁸ через закінчення 31.01.2020 і 31.03.2020 терміну їх дії та необхідність укладання нових з терміном дії до 31.12.2020. Крім того, за повідомленнями, що надійшли до НСЗУ від надавачів первинної медичної допомоги, у 2019 році припинено дію трьох договорів²⁹, у 2020 році – 15³⁰.

Інформування НСЗУ про припинення дії договорів здійснювалося надавачами первинної медичної допомоги з порушенням терміну³¹, встановленого у підпункті 20 пункту 19 укладених на 2019–2020 роки договорів, тобто у період від одного до 13 календарних днів до дати настання таких обставин або вже після того, як вони відбулися. Через відсутність такої інформації, НСЗУ зайво сплачено надавачам первинної медичної допомоги 38,2 тис. грн з державного бюджету, які до кінця року ними повернено. Причинами припинення договорів були припинення господарської діяльності з медичної практики – 5 повідомлень, реорганізація закладу – 3 повідомлення, звільнення лікарів, які надавали первинну медичну допомогу – 4 повідомлення, а також перебування лікаря у декретній відпустці, капітальний ремонт закладу, зміна господарської діяльності закладу, оптимізація роботи, невідповідність закладу вимогам до надавача первинної медичної допомоги (по одному повідомленню). Без зазначення причини у повідомленні припинено один договір.

Отже, у 2019–2020 роках НСЗУ не забезпечила вчасного подання надавачами первинної медичної допомоги інформації про припинення дії договорів, що призвело до необґрунтованих виплат коштів державного бюджету та їх повернення.

У порушення підпункту 3 пункту 3 Порядку опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, **НСЗУ не забезпечила оприлюднення на вебсайті у розділі “Припинені договори” достовірної інформації про припинення у 2020 році договорів, що призвело до непоінформованості громадян про надавачів первинної медичної допомоги, які працюють з НСЗУ і отримують кошти державного бюджету. Станом на 27.04.2021 на вебсайті НСЗУ оприлюднено інформацію про припинення лише одного договору.**

²⁸ Договори, укладені з ТОВ “Медико-санітарна частина” Медичний центр “Богдан” від 27.01.2020 № 000032277990, ФОП Гузик В. О. від 22.01.2020 № 0000-ЗХК-М000, АТ “Укрзалізниця” від 14.01.2020 № 000040075815.

²⁹ ФОП Кальдяєва О. М., Олексенко А. В. та КНП “Кам’янка-Бузька центральна районна лікарня”.

³⁰ ТОВ “Лікувально-діагностичний центр “Адоніс”, “Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини”, “Інет-09”, “Медіклаб”, “АМІ КЛІНІКА”, “Медичний центр “Кайлас”, “Доктор Сем”; ПП “Асклепій”, “Приватна поліклініка Малятко плюс”; ФОП Лесняк О. С., Царук О. Я., Печкурова Н. Л., Бондарук К. М. та КНП Кам’янської міської ради “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2”, Ходорівська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Ходорівської міської ради Львівської області.

³¹ Не пізніше ніж за 6 тижнів до настання таких обставин.

За умовами договорів на 2018 рік ціна договору включає вартість всіх наданих послуг згідно з цими договорами. Надавач зобов'язується надавати відповідно до договору медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою, визначені у Порядку № 504. Загальна орієнтовна ціна договорів згідно з умовами договорів на 2019 рік включає ціну всіх наданих послуг згідно з договорами, на 2020 рік – складається із запланованої вартості медичних послуг. Механізм розрахунку запланованої вартості медичних послуг визначає Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення в кожному році, затверджений Кабінетом Міністрів України. Аудитом встановлено, що механізм розрахунку запланованої вартості медичних послуг у порядках № 1117 і № 65 не визначено.

За інформацією НСЗУ, ціна договору у 2018 році та загальна орієнтовна ціна договору у 2019 році для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності визначалась на підставі обсягу наявного населення, яке обслуговувалося закладом станом на 01.01.2018 за офіційними даними Державної служби статистики, терміну дії договору та розрахункових показників (коефіцієнт зеленого списку, місячний тариф по зеленому списку або місячний тариф по червоному списку (застосовувався в розрахунках до 31.03.2019 і становив 10 грн)); для закладів приватної форми власності і фізичних осіб-підприємців – на підставі оптимального обсягу медичної практики лікарів первинної медичної допомоги³², які працюють у закладі (педіатр – 900 осіб, сімейний лікар – 1800 осіб, терапевт – 2000 осіб), терміну дії договору та розрахункових показників (коефіцієнт зеленого списку і місячний тариф по зеленому списку (середньозважена капітаційна ставка)).

У 2020 році наказами НСЗУ від 24.03.2020 № 68 затверджено Методичні рекомендації з визначення орієнтовної ціни договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та від 06.08.2020 № 189 – Алгоритм дій з визначення загальної орієнтовної ціни договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Однак ці Методичні рекомендації не застосовуються у разі внесення змін до діючого договору у зв'язку із зміною його ціни. Нормативний документ, який визначає процедуру розрахунку ціни договору у разі її зміни, у НСЗУ станом на 27.04.2021 відсутній.

Загальна орієнтовна ціна договору на 2020 рік розраховувалася згідно із затвердженими Методичними рекомендаціями індивідуально для кожного надавача первинної медичної допомоги з урахуванням кількості декларацій, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, встановленого тарифу і коригувальних коефіцієнтів. Враховувалась інформація, чи діючий це надавач, фактична кількість декларацій, укладених ним на перше число місяця, що передує даті укладання договору, становить 0 або більше 0; чи новий надавач і фактична кількість декларацій на перше число місяця, що передує даті укладання договору, становить менше або більше 10 відс. сумарного ліміту оптимального обсягу практики лікарів, які надають первинну медичну допомогу у відповідного надавача.

³² Затверджений у Порядку № 504.

Таким чином, ціна договору на 2018 рік і загальна орієнтовна ціна договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності залежала від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 умов укладених договорів на 2018 рік та пунктом 33 умов укладених договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг.

НСЗУ не забезпечила вчасного внесення змін до діючих договорів. У результаті надавачі первинної медичної допомоги мали самі вносити зміни. Цей процес тривав від 1,5 до майже 6 місяців від дати внесення змін на законодавчому рівні до Типової форми договору № 410. У зв'язку із внесенням постановою Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 134 змін до Типової форми договору № 410 договори про внесення змін до діючих договорів, укладених із 29 надавачами первинної медичної допомоги, яких охоплено аудитом, укладено НСЗУ протягом квітня-серпня 2019 року, тобто у термін від 1,5 до майже 6 місяців від дати внесення на законодавчому рівні таких змін. За інформацією НСЗУ, внаслідок відсутності у НСЗУ технічної можливості надсилати через електронну систему охорони здоров'я пропозиції для внесення змін до договору очікувалось подання заяв на відповідні зміни від надавачів первинної медичної допомоги, що і призвело до значної затримки з внесенням змін до діючих договорів.

Внесення змін до договорів, укладених у 2020 році з 38 надавачами, яких вибірково взято для аудиту, в частині доповнення їх додатком № 3 “Перелік зобов'язань надавача медичних послуг щодо забезпечення належного рівня надання таких послуг за договором” здійснювалося НСЗУ протягом жовтня-грудня 2020 року, тобто у термін від двох до майже чотирьох місяців від дати набрання чинності цим додатком (01.08.2020)³³.

2.2.4. Рекомендації НСЗУ:

- підготувати пропозиції та подати на розгляд Міністрові охорони здоров'я України щодо внесення змін до Постанови № 391 у частині доповнення вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення щодо наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за місцем (місцями) її провадження, а також лікарськими спеціальностями, зазначеними у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування);
- забезпечити укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій лише з використанням електронної системи охорони здоров'я;

³³ Постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073, яка набрала чинності з 01.01.2020, внесено зміни до Типової форми договору № 410 та доповнено її додатком № 3.

- забезпечити контроль за своєчасним внесенням змін до діючих договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та дотриманням надавачами первинної медичної допомоги терміну інформування НСЗУ про припинення їх дії.

2.3. Стан дотримання та виконання Національною службою здоров'я України та надавачами первинної медичної допомоги умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

2.3.1. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено належного контролю за виконанням надавачами первинної медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги. Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги надавали її з порушенням вимог частини другої статті 15 Закону № 222, пункту 9 і підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов № 285 у частині лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики, які не зазначено в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них. Такі порушення містять ознаки кримінальних правопорушень і потребують оцінки правоохоронних органів. У результаті 42001,5 тис. грн з державного бюджету використано НСЗУ з порушенням пункту 9 договорів, укладених на 2018 рік, та пункту 11 договорів, укладених на 2019–2020 роки. Крім того, тридцять три надавачі, охоплені аудитом, не мали обладнання, устаткування та засобів для надання первинної медичної допомоги в обсязі, визначеному Примірним табелем № 148.

Порядок № 504 не визначає механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги. Вимога щодо створення надавачем первинної медичної допомоги чергових кабінетів для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями, а також для надання такої допомоги у вихідні, святкові та неробочі дні є необов'язковою. Критерій щодо можливості забезпечення безперервності первинної медичної допомоги не включено до вимог, передбачених Постановою № 391. Разом з тим НСЗУ, до функцій якої віднесено вдосконалення законодавства з питань, що належать до її компетенції, пропозиції щодо внесення змін до Постанови № 391 не подавала.

У порушення частини другої статті 12 Закону № 2168 МОЗ не забезпечено контролю якості надання медичних послуг надавачами первинної медичної допомоги і проведення систематичного аналізу результатів та ефективності таких послуг. У 2018 році відповідні перевірки не здійснювалися, а у 2019–2020 роках проведено лише 6 перевірок із 26 запланованих.

НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги не забезпечено ефективної співпраці щодо належного виконання умов договорів, підвищення якості та доступності медичного обслуговування пацієнтів. У порушення пункту 2 додатка 3 укладених у 2020 році договорів програму контролю за якістю медичного обслуговування не вироблено. При цьому щороку збільшується кількість скарг пацієнтів на неналежну організацію медичного

обслуговування надавачами первинної медичної допомоги. За 11 місяців 2020 року таких скарг надійшло 367 проти 5 у 2018 році.

2.3.2. Законодавча база

Відповідно до частини четвертої статті 8 Закону № 2168 договір про медичне обслуговування населення є договором на користь третіх осіб – пацієнтів у частині надання їм медичних послуг та лікарських засобів надавачами медичних послуг.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законодавством порядку, з яким головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (стаття 35¹ Закону № 2801).

Пацієнт набуває прав на отримання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, згідно з договором з моменту подання надавачеві в установленому законодавством порядку декларації, як це визначено пунктом 12 договорів на 2018 рік та пунктом 14 договорів на 2019 і 2020 роки.

Медичні послуги надаються відповідно до Порядку № 504. Первинна медична допомога надається пацієнтам безперервно.

Умовами усіх укладених НСЗУ з надавачами первинної медичної допомоги договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018–2020 роки визначено, зокрема:

- протягом строку дії договору кожне місце надання медичних послуг надавача, місце надання медичних послуг підрядників повинне відповідати державним санітарним нормам і правилам, ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я, вимогам примірних табелів матеріально-технічного оснащення (пункт 9 договорів на 2018 рік, пункт 11 договорів на 2019–2020 роки);

Довідково. Згідно з частиною другою статті 15 Закону № 222 ліцензіат зобов'язаний повідомляти орган ліцензування про всі зміни даних, зазначених у заяві, документах та відомостях, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, протягом строку, встановленого ліцензійними умовами.

Пунктом 9 Ліцензійних умов № 285 встановлено: медична практика ліцензіатом провадиться за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначено у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органу ліцензування). Ліцензіат зобов'язаний провадити медичну практику за спеціальностями, які зазначалися в документах, що додаються до заяви про отримання ліцензії, або повідомленні про зміни (підпункт 4 пункту 13 Ліцензійних умов);

- НСЗУ має право перевіряти відповідність надавача вимогам до надавача первинної медичної допомоги, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення. (підпункт 2 пункту 14 договорів на 2018 рік та підпункт 2 пункту 16 договорів на 2019 рік). НСЗУ має право перевіряти відповідність надавача вимогам до надавача первинної медичної допомоги, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, умовам закупівлі, у тому числі щодо доступності медичних послуг для осіб з інвалідністю

та інших маломобільних груп населення відповідно до законодавства (підпункт 2 пункту 16 договорів на 2020 рік);

- надавач зобов'язується дотримуватися та забезпечити дотримання підрядниками вимог законодавства, зокрема порядків надання медичної допомоги, табелів матеріально-технічного оснащення (в тому числі примірних), галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (підпункт 3 пункту 17 договорів на 2018 рік, підпункт 3 пункту 19 договорів на 2019 і 2020 роки);

- розміщувати в системі, в кожному місці надання медичних послуг та на своєму вебсайті (у разі наявності) інформацію для пацієнтів про медичні послуги, які пацієнт може отримати у надавача за програмою медичних гарантій, графік роботи надавача, графік роботи місць надання медичних послуг і медичних працівників та актуальну інформацію про працівників і обладнання надавача (підпункт 15 пункту 17 договорів на 2018 рік та підпункт 14 пункту 19 договорів на 2019 і 2020 роки);

- своєчасно вносити до системи повну та достовірну інформацію, звіти та проекти договорів щодо внесення змін до договору в установленому порядку (підпункт 17 пункту 14 договорів на 2018 рік). Своєчасно вносити до системи повну та достовірну інформацію, в тому числі медичну документацію та звіти про медичні послуги (підпункт 13 пункту 19 договорів на 2019 рік). Своєчасно вносити до системи повну та достовірну інформацію, в тому числі медичну документацію та звіти про медичні послуги, медичні записи, записи про направлення і рецепти у порядку, встановленому законодавством, з урахуванням положень специфікації (підпункт 13 пункту 19 договорів на 2020 рік);

- подавати на запит НСЗУ копії скарг пацієнтів (за умови знеособлення даних пацієнтів) та документи, які пов'язані з наданням медичних послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, умовам закупівлі (підпункт 13 пункту 17 договорів на 2018 рік, підпункт 12 пункту 19 договорів на 2019 і 2020 роки). Забезпечити функціонування системи розгляду та оперативного реагування на звернення пацієнтів, в тому числі створити реєстр скарг пацієнтів та оприлюднювати в місцях надання послуг (за умови знеособлення персональних даних) інформацію про причини звернення та вжиті заходи (пункт 3 додатка 3 договорів на 2020 рік);

- розміщувати у місцях надання медичних послуг, у яких здійснюється медичне обслуговування за договором, інформаційні матеріали про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій відповідно до правил, опублікованих на офіційному вебсайті НСЗУ (підпункт 26 пункту 19 договорів на 2020 рік);

- створити та забезпечити функціонування системи внутрішнього контролю якості медичного обслуговування (пункт 4 додатка 3 договорів на 2020 рік).

Згідно із частиною другою статті 12 Закону № 2168 контроль якості надання медичних послуг надавачами медичних послуг і систематичне проведення аналізу результатів та ефективності медичних послуг і лікарських засобів здійснює центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, тобто МОЗ.

2.3.3. Виявлений стан справ

Виконання покладених на НСЗУ завдань у частині здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами первинної медичної допомоги вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, у листопаді 2018 року делеговано департаменту договірної роботи та моніторингу НСЗУ³⁴.

У січні 2019 року НСЗУ³⁵ утворено комісію з перевірки виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та затверджено її склад. Через чотири місяці наказом НСЗУ від 13.05.2019 № 153³⁶ ліквідовано цю комісію і утворено комісію з перевірки (моніторингу) виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та затверджено її склад. При цьому Положення про комісію з перевірки (моніторингу) виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій станом на 01.04.2021 НСЗУ не затверджено, а отже, функції комісії не визначено.

Як встановлено аудитом, ця комісія працювала нерегулярно. Упродовж 2019 року відбулося лише три засідання³⁷, у 2020 році засідання комісії взагалі не проводилися. Згідно з протоколами засідань комісія з перевірки (моніторингу) виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій розглядала різні питання і приймала відповідні рішення.

Водночас до НСЗУ у 2018–2019 роках і протягом 11 місяців 2020 року надійшло 1615 скарг від пацієнтів з різних питань: 2018 року – 5 скарг, 2019 року 290 скарг, за 11 місяців 2020 року – 1320 скарг (кількість скарг щороку збільшувалася). Із загальної кількості скарг 32 відс. – це скарги, пов’язані з неналежною організацією надавачами первинної медичної допомоги. Деякі скарги надходили повторно від одних і тих самих пацієнтів.

Відповідно до Положення про департамент моніторингу НСЗУ³⁸ до повноважень департаменту віднесено здійснення фактичного моніторингу (виїзний та невиїзний) виконання умов договорів та розроблення процедур проведення моніторингу якості надання послуг.

У 2018–2019 роках³⁹ посадовими особами НСЗУ на виконання доручень

³⁴ Положення про департамент договірної роботи та моніторингу, затверджене наказом НСЗУ від 10.08.2018 № 60 (зі змінами від 15.11.2018 № 159).

³⁵ Наказ від 08.01.2019 № 2 “Про створення комісії з перевірки виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у Національній службі здоров’я України”.

³⁶ Про створення комісії з перевірки (моніторингу) виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у Національній службі здоров’я України.

³⁷ Протоколи від 15.02.2019 № 1, від 29.03.2019 № 2 і від 16.05.2019 № 3.

³⁸ Затверджене наказом НСЗУ від 26.04.2019 № 131 (зі змінами від 02.09.2019 № 332).

³⁹ За інформацією заступника директора департаменту - начальника відділу фактичного моніторингу та перевірки надавачів департаменту моніторингу.

Голови НСЗУ від 20.07.2018 № 1-д, від 03.04.2019 № 3-д, від 16.05.2019 № 5-д та звернення керівника комунального некомерційного підприємства проведено чотири виїзні перевірки⁴⁰ та документальний моніторинг⁴¹. За результатами виїзних перевірок встановлено порушення Порядку № 503 у частині заповнення форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і внесення декларацій до електронної системи охорони здоров'я, за результатами документального моніторингу – подання до НСЗУ при укладанні договору на 2019 рік недостовірної інформації про кількість населення Дрогобицького району, яке обслуговує заклад.

Як засвідчив аудит, **перевірки надавачів у частині відповідності їх вимогам до надавача первинної медичної допомоги, умовам закупівлі** департаментом договірної роботи та моніторингу у 2018 році та департаментом моніторингу у 2019–2020 роках **не проводилися**. Департамент моніторингу у 2021 році лише під час проведення аудиту здійснив моніторингові візити до надавачів первинної медичної допомоги⁴², під час яких досліджено питання відповідності їх вимогам до надавача послуг, умовам закупівлі та виконання умов укладених договорів.

Довідково. За результатами моніторингових візитів виявлено здійснення господарської діяльності з медичної практики за відсутності ліцензії та дозвільних документів МОЗ; укладання декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з порушенням Порядку № 503; неінформування пацієнтів лікарями перед наданням їм медичних послуг; відсутність порядку розгляду звернень та скарг, що надходять від пацієнтів; відсутність у місцях надання медичних послуг інформації для пацієнтів про медичні послуги, які можна отримати у надавача за програмою медичних гарантій; невідповідність графіка роботи надавача, інформації про медичних працівників даним, внесеним до електронної системи охорони здоров'я, тощо.

Аудитом встановлено: НСЗУ при укладанні договорів на 2018–2020 роки і внесенні до них змін не перевірено відповідності надавачів первинної медичної допомоги визначеним вимогам.

Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги⁴³ надавали її за лікарськими спеціальностями та місцями провадження господарської

⁴⁰ КНП “Калуський центр первинної медико-санітарної допомоги” Калуської міської ради (2018 рік), “Ірпінський центр первинної медико-санітарної допомоги” Ірпінської міської ради (2019 рік), “Старокостянтинівський центр первинної медико-санітарної допомоги” Старокостянтинівської міської ради (2019 рік), “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Оболонського району м. Києва” (2019 рік).

⁴¹ КНП “Дрогобицька районна лікарня” Дрогобицької районної ради (2019 рік).

⁴² ФОП Буснюк В. В., КНП Миколаївської міської ради “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 7”, “Галицинівський центр первинної медико-санітарної допомоги”, “Горностаївський центр первинної медико-санітарної допомоги” Горностаївської селищної ради Херсонської області.

⁴³ КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6” Криворізької міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Полтавської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Полтавської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3”, “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Тернопільської області, “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Житомирської міської ради, “Луцький центр первинної медичної допомоги № 2”; ТОВ Медичний центр “Клініка Нова”, “Лікар плюс”, “Медикал Сервіс”, “Медичний центр “Інтерсоно”, “Медико-санітарна частина Медичний центр “Богдан”; ФОП Гришай Євген Вадимович, Козлов Вадим Владиславович, Загородна Поліна Сергіївна, Феденко Наталія Романівна.

діяльності з медичної практики, які не зазначені в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них, що є порушенням вимог частини другої статті 15 Закону № 222, пункту 9, підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов № 285. Такі порушення містять ознаки кримінальних правопорушень та потребують оцінки правоохоронних органів. У результаті кошти державного бюджету в сумі 42001,5 тис. грн використано НСЗУ з порушенням пункту 9 договорів, укладених на 2018 рік, та пункту 11 договорів, укладених на 2019–2020 роки.

Станом на 24.05.2021 НСЗУ трьом надавачам первинної медичної допомоги⁴⁴ надіслано претензії щодо повернення коштів державного бюджету у загальній сумі 3607,7 тис. гривень.

Довідково. За умовами договору від 05.06.2018 № 01.38503179.0000.00, укладеного з КП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Полтавської міської ради”, підприємство провадить господарську діяльність з медичної практики за 6 місяцями надання послуг. Ліцензію МОЗ серії АЕ № 197530 від 21.03.2013, зазначену при поданні заяви, видано лише на п’ять із шести місць провадження господарської діяльності. МОЗ рішення щодо змін до документів, поданих до заяви для отримання відповідної ліцензії на провадження діяльності з медичної практики за адресою: м. Полтава, вул. Нікітченка, 2, прийнято тільки 16.08.2018 (наказ № 1507). У результаті провадження господарської діяльності з медичної практики за вказаним місцем закладом з 01.07.2018 по 15.08.2018 здійснювалось з порушенням Ліцензійних умов № 285, а НСЗУ здійснювалася оплата медичних послуг за цим місцем.

Так само згідно з інформацією, внесеною КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги” до електронної системи охорони здоров’я, при поданні заяви про укладання договору на 2019 рік та відповідно до додатка 2 до договору “Місце надання медичних послуг, пов’язаних з первинною медичною допомогою”, укладеного 26.04.2019 за № 0000-6XXM-M000, заклад здійснював господарську діяльність з медичної практики у десяти місцях. Ліцензію МОЗ від 27.06.2018 № 1223, зазначену при поданні заяви, видано лише на дев’ять із десяти місць провадження господарської діяльності. МОЗ рішення щодо змін до документів, поданих до заяви для отримання відповідної ліцензії на провадження діяльності з медичної практики за адресою: Тернопільська область, Зборівський район, село Малашівці, вул. Стрілецька, 11, Амбулаторія загальної практики сімейної медицини № 17, прийнято тільки 21.10.2019 (наказ № 2119). У результаті провадження господарської діяльності з медичної практики за вказаним місцем закладом з 01.05.2019 по 21.10.2019 здійснювалось з порушенням Ліцензійних умов № 285, а НСЗУ здійснювалася оплата медичних послуг за цим місцем.

Крім того, переважна більшість місць надання первинної медичної допомоги, зазначених у договорах, укладених НСЗУ з надавачами первинної медичної допомоги на 2018–2020 роки, лише частково забезпечено необхідним обладнанням, устаткуванням та засобами, передбаченими розділом I Примірною таблицею № 148. Зокрема,

⁴⁴ ТОВ “Медико-санітарна частина Медичний центр “Богдан” – претензія від 24.05.2021 № 11225/2-17-21 на суму 1302,0 тис. грн, ТОВ “Медичний центр “Клініка Нова” – претензія від 24.05.2021 № 11226/2-17-21 на суму 4,8 тис. грн, ТОВ “Медичний центр “Інтерсоно” – претензія від 24.05.2021 № 11227/2-17-21 на суму 2300,9 тис. гривень.

17⁴⁵ із 26 закладів охорони здоров'я комунальної форми власності розміщених у м. Києві та охоплених аудитом, не забезпечено пікфлоуметрами в усіх місцях надання послуг первинної медичної допомоги. У КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського району м. Києва⁴⁶ забезпеченість місць надання послуг медичними вимірювальними стрічками (рулетками), медичними ліхтариками, апаратами визначення рівня глюкози крові у комплекті становила менше ніж 50 відс. потреби, визначеної Примірним табелем № 148, офтальмоскопами – менше ніж 25 відс. потреби, таблицями для перевірки гостроти зору – менш як 9 відс. потреби.

Місця надання первинної медичної допомоги семи надавачів⁴⁷ взагалі не оснащено пікфлоуметрами, електрокардіографом (ФОП Тодика Ю. І.), двох⁴⁸ – молоточком неврологічним і отоофтальмоскопом, двох⁴⁹ – сумкою-холодильником з набором акумуляторів холоду і сповивальним столиком для зали очікування, таблицею для перевірки гостроти зору і холодильником для зберігання лікарських засобів” (ТОВ “Благоді Плюс”), розхідними матеріалами одноразового використання (шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки, одноразові простиратла для кушетки тощо, сумками лікаря/медсестри (ПП “Сигма”), а також спеціальним (прикладним) програмним забезпеченням для первинної медичної допомоги (ФОП Тодика Ю. І.). На місцях надання медичних послуг 12 із 20 закладів охорони здоров'я приватної форми власності та 3 із 11 фізичних осіб - підприємців⁵⁰, розташованих у м. Києві та охоплених аудитом, немає транспортних засобів

⁴⁵ КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Святошинського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Подільського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Оболонського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Оболонського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Деснянського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Подільського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Дніпровського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Дарницького району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Шевченківського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Дарницького району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Святошинського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Деснянського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Деснянського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Дніпровського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Солом'янського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Голосіївського району м. Києва, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського району м. Києва.

⁴⁶ За інформацією територіального управління Рахункової палати по м. Києву, Київській та Чернігівській областях (м. Київ).

⁴⁷ ТОВ “Тайленг”, “Бебі”, “Благоді Плюс”, “Фастмед Україна” та ФОП Тодика Ю. І., Московенко О. Д., Фесенко С. Є.

⁴⁸ ТОВ “Благоді Плюс”, ФОП Фесенко С. Є.

⁴⁹ ПП “Сигма”, “Благоді Плюс”.

⁵⁰ ТОВ “Клініка Медесана”, “Медичний центр Колібри”, “Тайленг”, “Медичний центр Верум”, “Бебі”, “Медичний центр здоров'я та реабілітації 100 відс. Життя”, “Благоді Плюс”, “Фрезеніус Медикал Кер Україна”, “Фастмед Україна”, “ПАО Плюс”, ПП “Лікувально-діагностичний центр Кліманової М.О.”, “Сигма” та ФОП Олещенко В. І., Тодика Ю. І., Фесенко С. Є.

(автомобілів легкових, мотоциклів, квадроциклів, велосипедів) для надання первинної медичної допомоги за місцем проживання пацієнта, який самостійно не може прийти на прийом до лікаря, з яким укладено декларацію.

Крім того, наявні випадки подання суб'єктами господарювання до НСЗУ недостовірної інформації про можливість надання ними медичних послуг за рахунок власної матеріально-технічної бази.

Так, за інформацією семи надавачів первинної медичної допомоги, розміщених у м. Києві та охоплених аудитом, вони мали договори про співпрацю у наданні послуг з проведення лабораторних та діагностичних досліджень з приватними лабораторіями і закладами охорони здоров'я⁵¹. Водночас при поданні до НСЗУ заяви про укладення договору у 2019–2020 роках така інформація у формі 2 “Відомості про залучених осіб (підрядників) заявника” ними не зазначалася.

Систему внутрішнього контролю якості медичного обслуговування згідно з пунктом 4 додатка 3 до укладених договорів передбачено тільки з 2020 року. Водночас таку систему створено не у всіх надавачів первинної медичної допомоги. Рівень ризику відсутності системи внутрішнього контролю є високим у закладах охорони здоров'я приватної форми власності та у фізичних осіб - підприємців. За інформацією, отриманою під час аудиту, лише в 11⁵² із 20 закладів охорони здоров'я приватної форми власності, розташованих у м. Києві і охоплених аудитом, забезпечено створення і функціонування системи внутрішнього контролю. У фізичних осіб - підприємців⁵³ таку систему взагалі не створено.

У 2020 році, за інформацією надавачів, розташованих у м. Києві і охоплених аудитом, лише 63,6 відс. закладів охорони здоров'я приватної форми власності і 45,5 відс. фізичних осіб - підприємців проведено внутрішні перевірки якості медичного обслуговування пацієнтів, за результатами яких порушень умов укладених договорів у частині медичного обслуговування пацієнтів не встановлено.

Облік скарг переважно здійснюється НСЗУ без зазначення надавача первинної медичної допомоги, на діяльність якого найшла скарга. За 11 місяців

⁵¹ ПП “Сигма”, договір від 06.07.2015 № 15/07-15 (з пролонгацією) з ТОВ “Клініка Маркова”; ТОВ “Медичний центр здоров'я та реабілітації 100 відс. Життя”, договір від 19.07.2018 № 201/18 терміном дії до 31.12.2019 з ТОВ “МЛ Діла”; ТОВ “Клініка Медесана”, договір від 02.12.2019 № 17/1-КДЛ терміном дії до 31.12.2021; ТОВ “Торговий дім “Омега-Київ”; ТОВ “Мрія”, договір від 01.08.2016 № 72-КДЛ безстроковий з ТОВ “Торговий дім “Омега-Київ”; ТОВ “Фастмед Україна”, договір від 06.08.2019 № 324/19 терміном дії до 31.12.2021 з ТОВ “МЛ Діла”; ФОП Завороцька Н. О., договір від 01.12.2018 № 12.18/3-ГК терміном дії до 30.11.2021; ФОП Москошенко О. Д., договір від 01.08.2018 № 151 терміном дії до 19.01.2020 з ПП “Медіан”.

⁵² ТОВ “Хелсі енд Хепі”, “Фрезеніус Медикал Кер Україна”, “Медифаст”, “Боріс”, “ЛТС”, “Медичний центр Верум”, “Клініка Медесана”, “Медичний комплекс Мрія”, “Доктор Сем”, ПП “Сигма”, “Лікувально-діагностичний центр Кліманової М. О.”

⁵³ За інформацією ФОП Тодика Ю. І. (лист від 28.12.2020 № б\н), Лелека З. В. (лист від 28.12.2020 № 28/12-2020), Фесенко С. Є. (лист без дати та номера).

2020 року до НСЗУ⁵⁴ надійшло 367 скарг пацієнтів (27,8 відс. загальної їх кількості – 1329) про неналежну організацію процесу медичного обслуговування пацієнтів надавачами первинної медичної допомоги, ненадання такої допомоги лікарями, які уклали декларації з пацієнтами, або неякісне надання.

Отже, окремими надавачами не виконано умов договорів та не забезпечено функціонування системи внутрішнього контролю якості медичного обслуговування пацієнтів. При цьому НСЗУ це питання не контролювала.

Не здійснювалась також співпраця надавачів⁵⁵ і НСЗУ з метою вироблення програми контролю якості медичного обслуговування пацієнтів, що є порушенням вимог пункту 2 додатка 3 до укладених договорів на 2020 рік. Документи, що підтверджують вироблення такої програми, в НСЗУ відсутні. За інформацією⁵⁶, НСЗУ не наділено жодною з функцій державного контролю чи нагляду відповідно до Закону України “Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності”, у тому числі функцією державного контролю якості надання медичних послуг їх надавачами.

МОЗ у порушення частини другої статті 12 Закону № 2168 не забезпечило належного контролю якості надання медичних послуг їх надавачами і не проводило систематичного аналізу результатів та ефективності медичних послуг. За інформацією МОЗ, контроль якості надання медичних послуг полягав тільки у дотриманні надавачем первинної медичної допомоги Ліцензійних умов № 285. Разом з тим у зв’язку із запровадженням мораторію такі перевірки у 2018 році МОЗ взагалі не проводилися⁵⁷, а упродовж 2019 року та січня-лютого 2020 року проведено лише 6 перевірок із 26 запланованих⁵⁸. У 2018–2020 роках ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики видано 801 центру первинної медико-санітарної допомоги та прийнято 580 рішень про відмову у видачі ліцензії. Станом на 05.03.2021 МОЗ (департамент контролю якості надання медичної допомоги) проводився аналіз існуючих інтегральних показників стану здоров’я населення як результату наданих медичних послуг для визначення їх інформативності. Для визначення оцінки ефективності медичних послуг розробляються алгоритми збору інформації для подальшого її аналізу.

Відповідно до вимог Порядку № 504 первинна медична допомога надається пацієнту безперервно. При цьому не визначено механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги. Вимога щодо створення

⁵⁴ За інформацією НСЗУ, наданою на запит Рахункової палати.

⁵⁵ За інформацією ТОВ “Медичний центр Колібрі”, “Медичний центр здоров’я та реабілітації 100 відс. Життя”, ПП “Лікувально-діагностичний центр Кліманової М. О.”, “Медіан” та ФОП Ключко Т. М., Гришай Є. В., Завороцька Н. О., Тодика Ю. І. Лелека З. В.

⁵⁶ Згідно з листом НСЗУ від 26.02.2021 № 3988/5-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.

⁵⁷ Законом України “Про Державний бюджет України на 2018 рік” продовжено до 31.12.2018 мораторій на проведення органами державного нагляду (контролю) планових заходів зі здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності.

⁵⁸ Лист МОЗ від 05.03.2021 № 25-04/7180/2-21.

надавачем первинної медичної допомоги чергових кабінетів для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями, а також для надання такої допомоги у вихідні, святкові та неробочі дні є **необов'язковою**. Критерій щодо можливості забезпечення безперервності первинної медичної допомоги не включено до вимог, передбачених Постановою № 391. Водночас НСЗУ пропозицію щодо внесення змін до Постанови № 391 не подано.

Довідково. Рішенням № 1 від 01.03.2019 консультативно-дорадчої групи з питань удосконалення законодавства у сфері надання первинної медичної допомоги, яка створена в МОЗ, затверджено методичні рекомендації щодо організації надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів. Згідно з цими рекомендаціями надання первинної медичної допомоги цілодобово є важливою потребою пацієнтів, міжнародні організації розробляють відповідні документи для узагальнення світового досвіду і впровадження в національних системах охорони здоров'я найкращих практик. Відповідно до документа з охорони здоров'я "The Organisation of Out-of-Hours Primary Care in OECD Countries" № 89, розробленого Організацією економічного співробітництва та розвитку у вересні 2016 року, надання первинної медичної допомоги розділено на дві часові категорії, які окремо врегульовано національним законодавством відповідної країни: 1) надання первинної медичної допомоги у визначені робочі години лікаря/команди первинної медичної допомоги; 2) надання первинної медичної допомоги поза цими годинами, що передбачає роботу у вечірній, нічний час, вихідні і святкові дні. Для організації первинної медичної допомоги поза годинами прийому застосовують телефонні та телемедичні консультації, спеціальні сайти, ІТ-додатки для пацієнтів, організаційні рішення з підтримки первинної медичної допомоги на національному та місцевому рівнях. Потребу населення у первинній медичній допомозі в позаробочі години можна зменшити шляхом правильної організації роботи команди з надання первинної медичної допомоги, що передбачає такі заходи: 1) проведення первинної профілактики (імунізація, консультативна робота щодо впливу факторів ризику, навчання пацієнтів щодо безпечної життєдіяльності тощо); 2) раннє (своєчасне) виявлення захворювань та факторів ризику; 3) здійснення контрольованого лікування хронічних захворювань (вторинна профілактика), у т. ч. активний патронаж хворих з прогресуючим та нестабільним перебігом хронічних неінфекційних захворювань; 4) забезпечення із залученням молодшого медичного персоналу активного домашнього догляду для груп ризику щодо звернення за первинною медичною допомогою в позаробочі години (хворих похилого віку, пацієнтів з обмеженнями, самотніх громадян тощо); 5) активне динамічне спостереження, в т. ч. впродовж дня, пацієнтів з гострими захворюваннями, особливо дітей молодшої вікової групи; 6) навчання пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями (школа пацієнта "Цукровий діабет", "Бронхіальна астма", "Артеріальна гіпертензія", тощо); 7) координація роботи із соціальними службами щодо спільного обслуговування самотніх пацієнтів з хронічними захворюваннями.

Аудитом встановлено, що надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів забезпечується тільки закладами охорони здоров'я комунальної форми власності шляхом створення чергових кабінетів.

За інформацією НСЗУ⁵⁹, із 1696 надавачів, які уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і яким надіслано запити щодо надання інформації про можливість автономно, без залучення інших закладів охорони здоров'я, надавати належну первинну медичну допомогу відповідно до Порядку № 504, інформацію надали лише 608 надавачів (станом

⁵⁹ Лист від 25.03.2021 № 5791/5-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.

на 11.01.2021), із них 24,2 відс. повідомили, що не можуть автономно надавати медичну допомогу згідно із переліком послуг, визначеним у Порядку № 504.

Відповідно до розділу IV Правил виписування рецептів № 360 виписати рецепт на лікарський засіб, який підлягає реімбурсації, має право лише лікар, якого пацієнт (його законний представник) обрав за декларацією про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу. Водночас, як встановлено аудитом, рецепти на лікарські засоби за програмою “Доступні ліки” кожний надавач виписує по-різному.

У трьох надавачів первинної медичної допомоги⁶⁰, охоплених аудитом, рецепти виписувалися лікарем, що надає первинну медичну допомогу і тимчасово заміщує лікаря з яким укладено декларацію, що є порушенням Правил виписування рецептів № 360; сімох надавачів первинної медичної допомоги⁶¹ – наперед лікарем, з яким укладено декларацію, на всю кількість лікарських засобів, що необхідні пацієнту впродовж трьох місяців. У разі тимчасової відсутності лікаря, з яким укладено декларацію, і термінової потреби у лікарських засобах окремими надавачами⁶² пропонувалося пацієнтам переукласти декларацію з іншим лікарем.

Таким чином, у разі тимчасової відсутності лікаря, з яким укладено декларацію, у пацієнтів виникають труднощі з отриманням рецептів за програмою “Доступні ліки”. Отже, є ризики несвоєчасного надання пацієнтам необхідної медичної допомоги та дублювання декларацій.

У межах здійснення медичного обслуговування населення надавач первинної медичної допомоги організовує забезпечення пацієнтів медичними послугами, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями.

Аудит засвідчив: переважна більшість закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців⁶³, що розташовані у м. Києві і охоплені аудитом та уклали договори з НСЗУ, не мала власної матеріально-технічної бази для здійснення таких досліджень. Для проведення досліджень ці надавачі укладали договори про співпрацю з

⁶⁰КНП “2-а міська поліклініка м. Львова”, ТОВ “Фрезеніус Медикал Кер Україна”, “Медифаст”.

⁶¹ КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги №3” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, ТОВ “ЛТС”, “Медіан”, ФОП Завороцька Н. О.

⁶² КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16” Одеської міської ради “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, ТОВ “Медіан”, “Медесана”, ФОП Ільницька І. О.

⁶³ За інформацією 14 із 20 закладів охорони здоров'я приватної форми власності та 8 із 11 фізичних осіб - підприємців, що надійшла на запити Рахункової палати.

лабораторіями приватної форми власності (ТОВ “МЛ Діла”, ТОВ “Сінево Україна”, ТОВ “Мед Лаб”, Центр лабораторної діагностики “Дніпролаб”, ТОВ “Ніколаб” тощо).

Довідково. Згідно з прейскурантом⁶⁴ вартість послуги за одне дослідження без урахування витратних матеріалів становила: загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою – від 90 грн у ТОВ “Ніколаб” до 190 грн у ТОВ “Сінево Україна”; загальний аналіз сечі – від 100 грн у ТОВ “Ніколаб” до 135 грн у ТОВ “МЛ Діла”; глюкоза крові – від 80 грн у ТОВ “Ніколаб” до 220 грн у Центрі лабораторної діагностики “Дніпролаб”; загальний холестерин – від 60 грн у ТОВ “Ніколаб” до 90 грн у ТОВ “Сінево Україна”; швидкий тест на тропонін – від 150 грн у Центрі лабораторної діагностики “Дніпролаб” до 220 грн у ТОВ “Сінево Україна”.

Отже, створено умови для оплати лабораторних досліджень, що мають проводитися безкоштовно, власним коштом пацієнта, а також для ненадання пацієнтам направлень лікарями, з якими укладено декларації, на проведення таких досліджень.

Аналіз інформації про скарги пацієнтів, які надійшли до НСЗУ засвідчив, що у 2019 році 14 скарг (4,8 відс. загальної їх кількості) та протягом 11 місяців 2020 року 31 скарга (2,3 відс.) стосувалися проведення лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, холестерин тощо) надавачами на платній основі, а також придбання пацієнтом витратних матеріалів для їх проведення власним коштом.

Довідково. До НСЗУ 29.09.2020 надійшла скарга від пацієнта щодо вимагання працівниками КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 10” Одеської міської ради оплати послуг з проведення лабораторного дослідження на загальний холестерин у розмірі 80 гривень. За результатами розгляду скарги НСЗУ надіслано лист від 04.11.2020 № 16410/6-17-20 до керівництва закладу з проханням надати обґрунтоване пояснення щодо цієї ситуації. У відповіді закладу⁶⁵ зазначено, що заявниця помилково звернулась до лабораторії ТОВ “Гармонія-О”, яка надає послуги на платній основі. На повторне звернення НСЗУ закладом поінформовано (лист від 10.03.2021 № 168), що в доступному для пацієнтів місці оприлюднено наглядну інформацію про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, проведено з кожним лікарем бесіду, сімейному лікареві оголошено догану за порушення трудової дисципліни та неналежне виконання службових обов’язків.

Крім того, окремими надавачами не забезпечено розміщення інформації про медичні послуги, які пацієнт може отримати за програмою медичних гарантій, графіка роботи надавача. Так, інформацію про медичні послуги, які пацієнт може отримати у надавача за програмою медичних гарантій, не розміщено трьома надавачами⁶⁶, графік роботи надавача – ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт”. Електронна медична інформаційна система КНП “4-а міська поліклініка м. Львова” не містить загальної інформації про заклад і актуальної інформації про працівників, що є порушенням вимоги підпунктів 14 і 26 пункту 19 умов укладених на 2020 рік договорів.

⁶⁴ За даними офіційних вебсайтів: <https://dila.ua/price.html>, <https://www.synevo.ua/ua/tests>, <https://medlabtest.ua/uk/patients/ponazvaniu>, <https://dniproslab.com/uk/services>, <https://nikolab.com.ua/price/>.

⁶⁵ Лист від 05.11.2020 № 616 за підписом директора.

⁶⁶ ФОП Татарнікова О. Ю., ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт”, КНП “4-а міська поліклініка м. Львова”.

Таким чином, **неоприлюднення надавачами інформації про медичні послуги, які пацієнт може отримати безкоштовно, створює ризики оплати медичних послуг пацієнтом.**

Як встановлено аудитом, **обов'язкове для усіх надавачів первинної медичної допомоги внесення до електронної медичної інформаційної системи медичних записів, записів про направлення пацієнтів на проведення лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, до закладів вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, відомостей про видані рецепти на лікарські засоби запроваджено згідно з наказами МОЗ № 586⁶⁷ і № 587⁶⁸ лише з квітня 2020 року.** За інформацією надавачів первинної медичної допомоги м. Києва, яких охоплено аудитом, такі записи у 2018–2019 роках ними не здійснювалися. Контроль за виконанням направлень лікарі, що надають первинну медичну допомогу, у 2020 році не здійснювали. Отже, лікарі первинної медичної допомоги не володіють інформацією про подальше надання або ненадання пацієнтам необхідної медичної допомоги, її результати і стан здоров'я пацієнтів, з якими укладено декларації.

Довідково. За інформацією територіального управління Рахункової палати по Дніпропетровській області (у м. Дніпро), у 2020 році закладами охорони здоров'я комунальної та приватної форм власності, фізичною особою - підприємцем, яких охоплено аудитом, всього створено 103020 електронних направлень до закладів вторинної та третинної медичної допомоги (КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради – 55553, КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради – 46388, ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт” – 643, ФОП Татарникова О. Ю. – 436). При цьому, за даними електронних медичних інформаційних систем, лише 50527 направлень (49,0 відс.) виконано пацієнтами (КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради – 29846 (53,7 відс.), КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради – 20681 (44,6 відс.), ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт” та ФОП Татарникова О. Ю. – немає інформації).

За інформацією територіального управління Рахункової палати по Львівській, Волинській та Тернопільській областях (у м. Львів), у 2020 році (з 01.04.2020) лікарями КНП “6-а міська поліклініка м. Львова” створено 421 705 електронних направлень, із них на консультацію спеціаліста вузького профілю – 258 347; візуалізацію – 71 611; лабораторну діагностику – 64 457; госпіталізацію – 14 739; діагностичні процедури – 8 275; лікувально-діагностичні процедури – 3 622; хірургічні процедури – 423, процедури – 231. За даними електронної медичної інформаційної системи, тільки 235 696 направлень (55,8 відс.) виконано пацієнтами.

2.3.4. Рекомендації НСЗУ:

- забезпечити здійснення контролю в частині виконання надавачами взятих зобов'язань, передбачених умовами укладених з НСЗУ договорів про медичне

⁶⁷ “Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду”.

⁶⁸ “Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я”.

обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

- забезпечити розміщення на вебсайті НСЗУ інформації про перелік медичних послуг, у тому числі лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які пацієнту надаються безкоштовно;

- підготувати пропозиції та подати на розгляд Міністрові охорони здоров'я України щодо внесення змін до Постанови № 391 в частині включення до вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги.

Рекомендації МОЗ:

- внести зміни до Порядку № 504 у частині визначення механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги.

2.4. Оцінка стану планування і затвердження видатків на надання первинної медичної допомоги

2.4.1. МОЗ на 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 не забезпечило належного планування коштів державного бюджету для оплати послуг первинної медичної допомоги.

У порушення вимог пункту 1.5 Інструкції № 687 (за відсутності детальних розрахунків до бюджетних запитів) МОЗ включено видатки загального фонду державного бюджету на 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 в сумі 49266602,0 тис. гривень.

Включені МОЗ до паспортів бюджетної програми результативні показники унеможливають надання оцінки ефективності виконання бюджетної програми і визначення результатів, оскільки не розкривають ступеня досягнення поставленої мети та цілей державної політики у сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує МОЗ, що є порушенням пункту 3 Загальних вимог № 1536 та частини п'ятої статті 20 Бюджетного кодексу.

2.4.2. Законодавча база

Відповідно до пункту 1.5 Інструкції № 687 разом із бюджетним запитом головний розпорядник подає детальну інформацію, необхідну для здійснення Мінфіном аналізу бюджетного запиту, за формами, які щороку доводяться Мінфіном до головних розпорядників, а також підтверджені документи та матеріали, зокрема детальні розрахунки.

Порядок складання паспортів бюджетних програм та звітів про їх виконання визначено Правилами № 1098.

Правилами № 1098 (у редакції від 14.12.2015 № 1130) встановлено, що результативні показники визначаються відповідно до Загальних вимог № 1536. Згідно із Загальними вимогами № 1536 (у редакції від 21.12.2018 № 1083) результативні показники бюджетної програми – кількісні і якісні показники, які визначають результат виконання бюджетної програми, характеризують хід її

реалізації, ступінь досягнення цілей державної політики у відповідній сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує головний розпорядник бюджетних коштів, досягнення мети бюджетної програми, виконання завдань бюджетної програми, висвітлюють обсяг і якість надання публічних послуг. Аналогічні вимоги до результативних показників встановлено в пункті 5 статті 20 Бюджетного кодексу (в редакції Закону від 06.12.2018 № 2646).

Як визначено в пунктах 2 і 3 Загальних вимог № 1536, головні розпорядники бюджетних коштів дотримуються Загальних вимог при плануванні, виконанні, звітуванні про виконання бюджетної програми. Результативні показники бюджетної програми використовуються для проведення оцінки ефективності бюджетної програми, у тому числі ефективності надання послуг, гарантованих державою, інших послуг, що надаються фізичним та юридичним особам органами державної влади, місцевого самоврядування та підприємствами (установами, організаціями), яким держава делегувала право надання відповідних послуг.

2.4.3. Виявлений стан справ

Видатки на оплату послуг первинної медичної допомоги населенню передбачалися у 2018–2019 роках за бюджетною програмою 2308020 “Надання первинної медичної допомоги населенню” та у 2020 році за бюджетною програмою 2308060 “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення”.

Бюджетними запитами за КПКВК 2308020 і 2308060 визначено потребу в коштах на оплату послуг первинної медичної допомоги: 2018 рік – 13283800,0 тис. грн; 2019 рік – 15314892,9 тис. грн; 2020 рік – 20667909,1 тис. гривень.

На 2018–2019 роки МОЗ не забезпечило належного планування коштів державного бюджету для оплати послуг первинної медичної допомоги за КПКВК 2308020 та на 2020 рік – за КПКВК 2308060. У порушення вимог пункту 1.5 Інструкції № 687 обсяги надходжень загального фонду на суму 49266602,0 тис. грн, які включено МОЗ до бюджетних запитів, не підтверджено детальними розрахунками.

Законами України про Державний бюджет України⁶⁹ МОЗ як головному розпорядникові бюджетних коштів затверджено бюджетні призначення за КПКВК 2308020: 2018 рік – 8054517,6 тис. грн, 2019 рік – 15234892,9 тис. грн, за КПКВК 2308060 на 2020 рік – 19136906,5⁷⁰ тис. гривень.

Розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 13.06.2018 № 420-р, від 19.09.2018 № 650-р, від 07.11.2018 № 813-р, від 12.12.2018 № 1003-р МОЗ зменшено обсяг бюджетних призначень на 2018 рік за КПКВК 2308020 на

⁶⁹ На 2018 рік – від 07.12.2017 № 2246, на 2019 рік – від 23.11.2018 № 2629 на 2020 рік – від 14.11.2019 № 294.

⁷⁰ Законом про державний бюджет на 2019 рік кошти за КПКВК 2308060 затверджено в сумі 72000484,8 тис. гривень. Обсяг видатків на оплату медичних послуг, пов’язаних з наданням первинної медичної допомоги, визначено в паспорті бюджетної програми.

загальну суму 4525717,2 тис. грн, з них 4398852,2 тис. грн спрямовано на збільшення обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам та 126865,0 тис. грн – обсягу коштів за КПКВК 2301360 “Лікування громадян України закордоном”.

Розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 12.06.2019 № 407-р, від 24.07.2019 № 600-р МОЗ збільшено обсяг бюджетних призначень за КПКВК 2308020 2019 рік на загальну суму 2000000,0 тис. гривень⁷¹. Водночас темпи підписання пацієнтами декларацій з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, зменшилися – і 318500,0 тис. грн⁷² перерозподілено на інші бюджетні програми⁷³.

МОЗ зменшено обсяг бюджетних призначень⁷⁴ за КПКВК 2308060 на 2020 рік за напрямом “Оплата медичних послуг, пов’язаних з наданням первинної медичної допомоги”⁷⁵ на загальну суму 958335,7 тис. грн, з яких 408620,6 тис. грн спрямовано на іншу бюджетну програму та 549715,1 тис. грн перерозподілено на інший напрям використання коштів за КПКВК 2308060.

Паспортами бюджетної програми за КПКВК 2308020 обсяг асигнувань на 2018 рік передбачено в сумі 3528800,4 тис. грн, на 2019 рік – 16916392,9 тис. грн, за КПКВК 2308060 на 2020 рік – 18178570,8 тис. гривень.

Паспортами бюджетної програми на 2018 і 2019 роки за КПКВК 2308020⁷⁶ визначено таку мету бюджетної програми: забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров’я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. Паспортом бюджетної програми на 2020 рік за КПКВК 2308060⁷⁷ визначено ціль державної політики, на досягнення якої спрямовано реалізацію бюджетної програми, – швидше одужання людей, які захворіли. Мета бюджетної програми – збереження та зміцнення здоров’я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя.

⁷¹ Обсяг коштів збільшено у зв’язку із зростанням кількості декларацій з лікарями первинної медичної допомоги.

⁷² Розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1112-р, від 20.12.2019 № 1328-р, від 18.12.2019 № 1274-р.

⁷³ КПКВК 2311410 “Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам”, КПКВК 2308030 “Пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області”.

⁷⁴ Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2020 № 250 “Деякі питання надання у 2020 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров’я”.

⁷⁵ Лист НСЗУ від 26.03.2020 № 2858/7.1.2-05-20 за підписом т. в. о. Мовчан О. С.

⁷⁶ Затверджені наказом МОЗ та Мінфіну від 11.06.2018 № 1101/557 і наказом МОЗ від 04.02.2019 № 289.

⁷⁷ Затверджений наказом МОЗ від 20.02.2020 № 491.

У паспортах бюджетної програми на 2018–2020 роки результативним показником затрат визначено кількість надавачів медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ та надають первинну медичну допомогу населенню, та кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу населенню у рамках договорів, укладених з НСЗУ. Результативним показником продукту – кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг, що надають первинну медичну допомогу населенню за договорами, укладеними з НСЗУ. Результативним показником ефективності у 2018–2019 роках – середня кількість пацієнтів на 1 лікаря та середньозважена капітаційна ставка в місяць; у 2020 році – середня кількість осіб, які отримали медичну допомогу, що надається надавачами медичних послуг з первинної медичної допомоги, на 1 лікаря. Результативним показником якості у 2018–2019 роках була частка населення, задоволеного новим рівнем надання первинної медичної допомоги надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговується ними, та частка населення, охопленого програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги.

Таким чином, включені до паспортів бюджетної програми на 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 результативні показники унеможливають надання оцінки ефективності бюджетної програми і визначення результату її виконання, ступеня досягнення поставленої мети та цілей державної політики у сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує МОЗ, що є порушенням пункту 3 Загальних вимог № 1536 і частини п'ятої статті 20 Бюджетного кодексу.

Довідково. У переліку медичних втручань у межах первинної медичної допомоги до груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювання на туберкульоз Порядком № 504 віднесено контакти з хворими на активний туберкульоз. Визначено також групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювання на рак молочної залози, колоректальний рак, рак передміхурової залози, фактори ризику та вікові групи і методи виявлення таких пацієнтів та періодичність обстежень, які мають організовувати надавачі первинної медичної допомоги.

При цьому аудитом ефективності виконання заходів з протидії захворюванню на туберкульоз, проведеним Рахунковою палатою (звіт затверджено рішенням Рахункової палати від 18.08.2020 № 22–2), встановлено, що закладами охорони здоров'я не забезпечено належного обстеження і лікування контактних з хворими на туберкульоз осіб. Показник обстеження такої категорії осіб у 2018 – 2019 роках становив 1,4–1,6 контакту (за рекомендованого ВООЗ показника 5–6 контактів на 1 випадок захворювання), показник лікування у цих роках – відповідно 83,9 і 80,2 відс. (за рекомендованого ВООЗ – 100 відсотків).

Крім того, відповідно до форми звітності № 7 “Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення” захворюваність на рак передміхурової залози у 2017 році становила 7118 випадків, у 2018 році – 7391 випадок, у 2019 році – 7784 випадки⁷⁸. Одночасно із збільшенням випадків захворюваності зростає кількість випадків встановлення такого захворювання на пізніх стадіях. Наприклад, згідно з формою № 35 “Звіт про хворих на злоякісні

⁷⁸ Затверджена наказом МОЗ від 07.04.2006 № 203.

новоутворення”⁷⁹ у 2017 році захворювання на колоректальний рак на III–IV стадії становили 38,4 відс., у 2018 році – 40,1 відс., у 2019 році – 41,6 відс. усіх встановлених випадків.

Відповідно до форми звітності № 31 “Звіт про медичну допомогу дітям”⁸⁰ кількість дітей, які перебувають на обліку, протягом 2017–2020 року скоротилась майже на 4 відс. (з 7180860 дітей на початок 2017 року до 6923133 дітей на початок 2020 року). Водночас загальна кількість медичних оглядів дітей знизилась майже на 9 відсотків. У 2017 році оглянуто 7041835 дітей (98 відс. всіх дітей, що перебували на обліку), у 2020 році – 6421034 дітей (92,8 відсотка).

2.4.4. Рекомендації МОЗ:

- при формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми за КПКВК 2308060 дотримуватися вимог наказу Мінфіну від 10.12.2010 № 1536 та визначати показники, які забезпечать оцінку ефективності бюджетної програми за напрямками використання бюджетних коштів, у тому числі ефективності надання публічних послуг;
- забезпечити дотримання вимог Інструкції № 687 у частині здійснення деталізованих розрахунків обсягу видатків, визначеного у бюджетному запиті.

2.5. Оцінка обґрунтованості визначення тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги

2.5.1. МОЗ і НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечили належної організації роботи у частині обґрунтування тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги.

У зв’язку із затвердженням (19.12.2019) МОЗ Методики розрахунків тарифів № 2559 майже через два роки після набрання чинності (01.01.2018) Законом № 2168 визначення тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2020 роки, здійснювалося МОЗ і НСЗУ за відсутності затвердженої методики розрахунку тарифів.

Як наслідок, у **МОЗ і НСЗУ немає розрахунків і обґрунтувань до встановлених** як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року **тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2019 роки, і коригувальних коефіцієнтів**, що застосовуються до тарифу на медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, визначеного у Порядку № 504, а також спеціального коефіцієнта для медичного обслуговування в гірській місцевості), **на 2018–2019 роки.**

У 2020 році тариф на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги (встановлений як капітаційна ставка за обслуговування

⁷⁹ Затверджена наказом МОЗ від 03.05.1999 № 102 (зі змінами від 27.12.2005 № 760).

⁸⁰ Затверджена наказом МОЗ від 31.07.2013 № 665.

одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, протягом календарного року), **порівняно з таким самим тарифом на 2019 рік (370 грн на рік) збільшився на 230,48 грн і становив 600,48 грн на рік.** Цей тариф розраховано із використанням прогнозного обсягу видатків на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги на 2020 рік (19136906,5 тис. грн), який розділено на прогнозну середньомісячну кількість укладених декларацій, але більше 150 відс. оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504 (31869,6 тис. одиниць).

На 2020 рік підвищуючі та понижуючі коригувальні коефіцієнти (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504) розраховано НСЗУ технічно. Як наслідок, у 2020 році розміри тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги з урахуванням коригувального коефіцієнта, для пацієнтів різних вікових груп залишилися незмінними порівняно з розмірами таких тарифів з урахуванням коригувального коефіцієнта, що застосовувалися у 2019 році, тобто тарифи визначено формально.

У Мінфіні немає розрахунків і обґрунтувань до цих тарифів і коригувальних коефіцієнтів на 2018–2020 роки, отже, проекти постанов Кабінету Міністрів України, якими їх встановлено, погоджено Мінфіном без відповідних розрахунків і обґрунтувань.

У порушення вимог частини третьої статті 10 Закону № 2168 коригувальні коефіцієнти на 2018–2020 роки МОЗ не затверджувалися. Коригувальні коефіцієнти встановлено Кабінетом Міністрів України (у порядках № 407, № 1117, № 1117 зі змінами від 27.11.2019, № 65).

МОЗ при визначенні у Порядку № 504 оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря (1800 осіб), на одного лікаря-терапевта (2000 осіб) та на одного лікаря-педіатра (900 осіб) не підтверджено його обґрунтуваннями та детальними розрахунками. При цьому оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – це кількість осіб, яким відповідний лікар може забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги.

2.5.2. Законодавча база

Частиною першою статті 10 Закону № 2168 визначено, що для всієї території України встановлюються єдині тарифи щодо оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення. **До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України.** Згідно із частиною другою статті 10

Закону № 2168 **тарифи можуть встановлюватися**, зокрема, **як:** 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період; 2) **капітаційні ставки**, які встановлюються як фіксована сума за кожного пацієнта; 3) ставки на пролікований випадок; 4) ставки на медичну послугу; 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг. Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної.

Частиною третьою статті 10 Закону № 2168 визначено: **методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються центральним органом виконавчої влади**, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики. При розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників є величина, що не менша за 250 відс. середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року, в якому будуть застосовуватися такі тарифи та коригувальні коефіцієнти. Тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень. Згідно із частиною четвертою статті 10 Закону № 2168 тарифи розробляються і затверджуються в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій, та є її невід'ємною частиною.

Пунктом 2 розділу “Загальна частина” Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075 (без змін) визначено, що Методика є обов'язковою для застосування референтними закладами охорони здоров'я, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій, – для обліку та аналізу фактичних витрат, пов'язаних з наданням зазначених послуг; МОЗ – під час розроблення пропозицій щодо єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій.

Згідно з **пунктом 2 розділу “Загальна частина” Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073) принципи розрахунку, визначені цією Методикою, можуть застосовуватися референтними закладами охорони здоров'я, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій, – для ведення обліку та проведення аналізу фактичних витрат, пов'язаних з наданням зазначених послуг; МОЗ та НСЗУ – під час розроблення пропозицій щодо тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій.**

Розділом “Використання даних обліку та аналізу витрат для встановлення єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються у межах програми медичних гарантій” Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування

№ 1075 визначено: **єдині тарифи на медичні послуги, що надаються у межах програми медичних гарантій, встановлюються на основі даних про відповідні витрати, отриманих від референтних закладів охорони здоров'я**⁸¹ на підставі обліку та аналізу цих витрат, проведених відповідно до цієї Методики, і затверджуються в порядку, встановленому законодавством (пункт 9). Вартість конкретної послуги у кожному окремому референтному закладі охорони здоров'я, визначена на основі цієї Методики, є референтною вартістю такої послуги (пункт 10). Середня референтна вартість у розрізі одиниць послуг за всіма референтними закладами охорони здоров'я, дані аналізу витрат яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій, є базою для встановлення зазначених тарифів (пункт 11).

Методика розрахунку тарифів № 2559⁸² визначає механізм розрахунку тарифів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, передбаченою Законом № 2168. Пунктом 3 цієї Методики передбачено, що тарифи розраховуються НСЗУ та подаються до МОЗ щороку на підставі прогнозного обсягу видатків на програму державних гарантій медичного обслуговування населення, переліку та обсягу медичних послуг, лікарських засобів за вказаною програмою на відповідний бюджетний рік. **Згідно з пунктом 4 Методики розрахунку тарифів № 2559 при розрахунку тарифів НСЗУ використовує такі дані у разі їх наявності: стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я, дані електронної системи охорони здоров'я, дані епідеміологічного спостереження (поширеність хвороб та рівень захворюваності, причини передчасної смертності, тягар хвороб, поширеність факторів ризику), інформацію Національних рахунків охорони здоров'я та іншу статистичну інформацію, дані соціологічних та інших досліджень, в тому числі дані вибірових обстежень домогосподарств, середню референтну вартість медичної послуги, інші дані.**

Відповідно до Положення № 1101 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073) НСЗУ згідно з покладеними на неї завданнями, зокрема, визначає референтні заклади охорони здоров'я та аналізує їх витрати на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку.

Порядками № 407 і № 1117 (пункт 5) визначено, що **тарифи за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року та становлять за одного пацієнта, включеного до**

⁸¹ Відповідно до Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075 (без змін) референтні заклади охорони здоров'я – визначені МОЗ заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій.

⁸² Наказ погоджено з т. в. о. Голови Державної регуляторної служби України; в. о. Голови НСЗУ; Головою Антимонопольного комітету України; керівником Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини; заступником Міністра фінансів України.

зеленого списку⁸³, у **2018–2019 роках – по 370 грн на рік; за одного пацієнта, включеного до червоного списку⁸⁴ (для комунальних закладів охорони здоров'я), у 2018 році – 240 грн на рік, у 2019 році до 31.03.2019 включно – 120 грн на рік.**

Пунктом 5 Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 визначено, що у 2020 році тариф за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюється як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, протягом календарного року та становить 600,48 грн на рік.

Порядком № 65 пункт 19 глави 1 “Первинна медична допомога” розділу II “Пакети медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій” передбачено: тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги встановлюється як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та становить **600,48 грн на рік – з 1 січня до 31 жовтня 2020 року; 651,6 грн на рік – з 1 листопада до 31 грудня 2020 року.**

Довідково. Пунктом 11 Порядку № 407, пунктом 13 Порядку № 1117 і Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 та пунктом 24 Порядку № 65 визначено, що тарифи, встановлені відповідно у пунктах 5 і 19 цих порядків, включають ставку на оплату медичних послуг та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

Відповідно до пункту 6 Порядку № 407 і Порядку № 1117 до тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, включеного до зеленого списку, застосовуються (шляхом множення) **коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта:** від 0 до 5 років – 4; від 6 до 17 років – 2,2; від 18 до 39 років – 1; від 40 до 64 років – 1,2; понад 65 років – 2.

Згідно з пунктом 6 Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 та пунктом 20 глави 1 розділу II Порядку № 65 до тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, застосовуються (шляхом множення) коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта: від 0 до 5 років – 2,465; від 6 до 17 років – 1,356; від 18 до 39 років – 0,616; від 40 до 64 років – 0,739; понад 65 років – 1,232.

Порядками № 407 і № 1117 (пункт 7) визначено: **якщо медичне обслуговування пацієнта, включеного до зеленого списку (у пункті 7 Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 і пункті 21 Порядку № 65 – якщо медичне обслуговування пацієнта, який подав декларацію про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу), здійснюється в населених пунктах, яким надано статус гірських згідно із Законом України “Про статус гірських населених пунктів в Україні”, до тарифу додатково до коригувальних коефіцієнтів, зазначених відповідно у пунктах 6 і 20 цих порядків, застосовується**

⁸³ Зелений список – перелік пацієнтів, які у встановленому МОЗ порядку подали відповідному надавачеві медичних послуг декларації про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.

⁸⁴ Червоний список – неперсоніфікована умовна кількість пацієнтів комунального закладу охорони здоров'я, розрахована відповідно до пункту 9 Порядку № 407 та пункту 11 Порядку № 1117.

(шляхом множення) **коригувальний коефіцієнт 1,25**. Місце обслуговування пацієнта визначається відповідно до декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

Пунктом 8 Порядку № 1117 встановлено: до тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт⁸⁵, застосовуються **коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту**. Згідно з пунктом 8 Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 та пунктом 22 Порядку № 65 до тарифу на медичне обслуговування пацієнтів, які понад ліміт подали декларацію про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, застосовуються коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту. Дані щодо цих коефіцієнтів та розміру тарифу, розрахованого з їх урахуванням, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Дані щодо встановленого коригувального коефіцієнта залежно від рівня перевищення ліміту та розміру тарифу з урахуванням цього коригувального коефіцієнта

	Порядок № 1117	Порядок № 1117 зі змінами від 27.11.2019	Порядок № 65	Розмір тарифу з урахуванням коригувального коефіцієнта залежно від рівня перевищення ліміту (грн)		
Капітаційна ставка на рік	370 грн на 2019 рік	600,48 грн на 2020 рік	600,48 грн - з 01.01.2020 по 31.10.2020; 651,6 грн - з 01.11.2020 по 31.12.2020	370 грн на 2019 рік	600,48 грн з 01.01.2020 по 31.10.2020	651,6 грн з 01.11.2020 по 31.12.2020
	коефіцієнти					
Рівень перевищення ліміту	x					
Від 100 відс. ліміту + 1 декларація до 110 відс. ліміту включно	x	0,616	0,616	370,0	369,90	401,39
Від 110 відс. ліміту + 1 декларація до 120 відс. ліміту включно	0,8	0,493	0,493	296,0	296,04	321,24
Від 120 відс. ліміту + 1 декларація до 130 відс. ліміту включно	0,6	0,37	0,37	222,0	222,18	241,09
Від 130 відс. ліміту + 1 декларація до 140 відс. ліміту включно	0,4	0,246	0,246	148,0	147,72	160,29
Від 140 відс. ліміту + 1 декларація до 150 відс. ліміту включно	0,2	0,123	0,123	74,0	73,86	80,15
Від 150 відс. ліміту + 1 декларація і всі наступні	0	0	0	0	0	0

Довідково. Крім того, пунктом 8 Порядку № 1117 визначено, що розподіл пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу

⁸⁵ Ліміт – оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги, встановлений у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому МОЗ.

пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цьому пункті, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, включених до зеленого списку, які подали декларації про вибір лікаря, що працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.

Згідно з пунктом 8 Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 розподіл пацієнтів, які подали декларації понад ліміт, за віковими групами, зазначеними у пункті 6 цього Порядку, здійснюється пропорційно до загального розподілу пацієнтів відповідної практики за віковими групами. Відповідно до пункту 22 Порядку № 65 розподіл пацієнтів, що понад ліміт подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну меддопомогу, за віковими групами, зазначеними в пункті 20 цього Порядку, здійснюється за фактичною структурою пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря. Особливості застосування коефіцієнтів, зазначених у цих пунктах вказаних порядків, у тому числі до тарифів на медичне обслуговування пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу та працює за кількома спеціальностями в межах одного або кількох закладів охорони здоров'я, визначаються у договорі.

Пунктом 8 Порядку № 407 і пунктом 10 Порядку № 1117 передбачено: коригувальні коефіцієнти, зазначені у пунктах 6 і 7 цих порядків, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, включеним до червоного списку.

Згідно з пунктом 9 Порядку № 1117 і Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 6 цих порядків, не застосовуються до тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, пацієнтам, які подали декларації понад ліміт. Пунктом 23 Порядку № 65 встановлено, що коригувальні коефіцієнти, зазначені у пункті 20 цього Порядку, не застосовуються до тарифу за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію на надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги понад ліміт.

У розділі I “Загальні положення” Порядку № 504 зазначається, що оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – кількість осіб, яким лікар з надання первинної медичної допомоги може забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги.

Розділом II “Перелік послуг з первинної медичної допомоги та організація їх надання” Порядку № 504 передбачено, що оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги становить одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра. Обсяг практики може відрізнятися від оптимального залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

МОЗ відповідно до покладених на нього завдань, зокрема, затверджує порядки надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації (підпункт 10 пункту 4 Положення № 267).

2.5.3. Виявлений стан справ

Аудитом встановлено, що **МОЗ майже через два роки після набрання чинності Законом № 2168** на виконання частини третьої статті 10 цього Закону **затверджено (19.12.2019) Методику розрахунку тарифів № 2559.**

Як наслідок, **визначення тарифів** на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, **на 2018–2020 роки**, встановлених у пункті 5 Порядку № 407, Порядку № 1117 і Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019, здійснювалося **МОЗ і НСЗУ за відсутності затвердженої МОЗ** як центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, **методики розрахунку тарифів.** Такі тарифи на 2018 рік встановлено у Порядку № 407 (набрав чинності 25.05.2018), на 2019 рік – у Порядку № 1117 (набрав чинності 22.12.2018), на 2020 рік – у Порядку № 1117 із змінами від 27.11.2019 (набрав чинності 01.01.2020).

Базою для встановлення тарифів згідно з Методикою розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075 є **середня референтна вартість** у розрізі одиниць послуг за всіма референтними закладами охорони здоров'я, дані аналізу витрат яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій.

При цьому, **за інформацією МОЗ** (лист від 05.03.2021 № 25-04/7180/2-21), референтні заклади, що надають медичні послуги з первинної медичної допомоги, МОЗ не визначено. Як наслідок, **середня референтна вартість медичної послуги на первинну медичну допомогу не визначалась.** Причина – впровадження на території України абсолютно нового механізму оплати медичних послуг постачальникам первинної медичної допомоги, який також передбачав принципові зміни характеру відносин між надавачами первинної медичної допомоги та їх пацієнтами. Враховуючи це, а також абсолютно відмінний від раніше існуючого порядку надання первинної медичної допомоги, збір та аналіз даних закладів, що працювали за старими порядками надання первинної медичної допомоги, був недоцільним. З 26.12.2019 використання даних референтних закладів для розрахунку тарифів не є обов'язковим для МОЗ відповідно до пункту 2 Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075.

Разом з тим з 01.01.2018 по 26.12.2019 **Методика** розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування № 1075 **мала обов'язковий характер, зокрема для МОЗ** – під час розроблення пропозицій щодо єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій.

Як встановлено аудитом, **НСЗУ всупереч Положенню № 1101** (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1073) **не забезпечено виконання завдань у частині визначення референтних закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з метою проведення аналізу витрат таких закладів на медичне обслуговування. НСЗУ не володіє інформацією, що підтверджує визначення у 2019–2020 роках референтних закладів охорони здоров'я, які надають**

медичні послуги з первинної медичної допомоги, що унеможливило проведення аналізу витрат цих закладів на надання такої медичної допомоги.

МОЗ у порушення вимог частини третьої статті 10 Закону № 2168 коригувальні коефіцієнти на 2018–2020 роки не затверджувалися. Коригувальні коефіцієнти встановлено Кабінетом Міністрів України (у порядкух, затверджених постановами).

Аудит засвідчив: розрахунки і обґрунтування капітаційних ставок за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року (тобто тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги) на 2018–2019 роки і коригувальних коефіцієнтів (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, а також спеціального коефіцієнта для медичного обслуговування в гірській місцевості) на 2018–2019 роки у МОЗ і НСЗУ відсутні, що свідчить про суттєві прогалини у базових складових розрахунку тарифів.

Довідково. Згідно з розділом “Основні завдання бюджетної політики” проєкту Основних напрямів бюджетної політики на 2018–2020 роки передбачено реформу фінансування системи охорони здоров'я, зокрема, перехід на фінансування медичної допомоги шляхом оплати послуг, що входять до гарантованого пакета; здійснення оплати первинної медичної допомоги за єдиним національним тарифом – капітаційною ставкою: 2018 рік – 370 грн, 2019 рік – 450 гривень. Кабінетом Міністрів України розпорядженням від 14.06.2017 № 411-р відповідно до частини третьої статті 33 та пункту 44 розділу VI “Прикінцеві та перехідні положення” Бюджетного кодексу схвалено проєкт Основних напрямів бюджетної політики на 2018–2020 роки. Пунктом 2 розпорядження визначено подати цей проєкт Верховній Раді України. Згідно з інформацією, розміщеною на офіційному вебпорталі Верховної Ради України⁸⁶, проєкт постанови Верховної Ради України “Про Основні напрями бюджетної політики на 2018–2020 роки” зареєстровано 15.06.2017 за № 6591 і передано на розгляд керівництву, 19.06.2017 – на розгляд Комітету Верховної Ради України з питань бюджету, 13.07.2017 надано висновок Комітету, 20.03.2018 цей проєкт знято з розгляду.

За інформацією НСЗУ (лист від 16.02.2021 № 2878/5-16-21), у 2020 році змінено підхід до розрахунку розміру капітаційної ставки з мінімальної на середньозважену. Середньозважену капітаційну ставку в розмірі 600,48 грн на рік розраховано НСЗУ таким чином: прогнозований обсяг видатків на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, на 2020 рік (19136906,5 тис. грн) розділено на прогнозну середньомісячну кількість укладених декларацій, але не більше 150 відс. оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504 (31869,6 тис. одиниць). До цієї середньозваженої капітаційної ставки технічно розраховано підвищуючі та понижуючі коригувальні коефіцієнти, які залишили незмінними тарифи для пацієнтів різних вікових груп порівнянно з тарифами, що застосовувалися у 2019 році.

Довідково. За даними НСЗУ, чисельність наявного населення станом на 01.07.2019 без тимчасово окупованих територій та з урахуванням внутрішньо переміщених осіб станом на 06.08.2019 – 39683,6 тис. осіб, кількість фактично укладених декларацій станом на 08.08.2019 – 28269,4 тис. од., прогнозна на 2020 рік середньомісячна кількість укладених

⁸⁶ http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62047.

декларацій, але не більше 150 відс. оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, – 31869,6 тис. одиниць.

Враховуючи зазначене, **капітаційну ставку за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, протягом календарного року** (тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги) з урахуванням коригувального коефіцієнта у 2020 році визначено **формально**, оскільки розміри тарифів з урахуванням коригувального коефіцієнта для пацієнтів різних вікових груп залишилися незмінними порівняно з розмірами таких тарифів з урахуванням коригувального коефіцієнта, що застосовувалися у 2019 році.

Таблиця 2

Дані щодо встановленого коригувального коефіцієнта залежно від вікової групи пацієнта та розміру тарифу з урахуванням вказаного коригувального коефіцієнта

Вікові групи пацієнтів	Порядок № 407	Порядок № 1117	Розмір тарифу з урахуванням вказаного коригувального коефіцієнта	Порядок № 1117 зі змінами від 27.11.2019	Порядок № 65	Розмір тарифу з урахуванням вказаного коригувального коефіцієнта	
	коригувальні коефіцієнти			коригувальні коефіцієнти			
	на 2018 рік	на 2019 рік		2018-2019 роки	на 2020 рік		
від 0 до 5 років	4	4	1480	2,465	2,465	1480,18	1606,19
від 6 до 17 років	2,2	2,2	814	1,356	1,356	814,25	883,57
від 18 до 39 років	1	1	370	0,616	0,616	369,90	401,39
від 40 до 64 років	1,2	1,2	444	0,739	0,739	443,75	481,53
понад 65 років	2	2	740	1,232	1,232	739,79	802,77

За даними МОЗ і НСЗУ, капітаційну ставку з 1 листопада по 31 грудня 2020 року запроваджено у розмірі 651,6 грн на рік – збільшено на 9 відс. з урахуванням потреби надавачів первинної медичної допомоги в додаткових коштах для забезпечення тестування на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2.

Крім того, розрахунки і обґрунтування до зазначених встановлених тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, і коригувальних коефіцієнтів на 2018–2020 роки у Мінфіні відсутні. Отже, **проекти постанов Кабінету Міністрів України, якими встановлено ці тарифи і коригувальні коефіцієнти на 2018–2020 роки, погоджено Мінфіном без відповідних розрахунків і обґрунтувань.**

Довідково. Проекти постанов надалі затверджено постановами Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 407 “Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік”; від 18.12.2018 № 1117 “Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік”; від 27.11.2019 № 1119 “Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік”; від 05.02.2020 № 65 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році”; від 29.10.2020 № 1108 “Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році”.

За інформацією МОЗ (лист від 05.03.2021 № 25-04/7180/2-21), **оптимальні обсяги практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, одного лікаря-терапевта, одного лікаря-педіатра**

встановлено на основі аналізу пілотного проєкту щодо реформування системи охорони здоров'я у 2011–2014 роках (здійснювався на підставі Закону України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”).

Довідково. За даними МОЗ, у межах цього пілотного проєкту для його учасників визначено такі норми навантаження: лікар загальної практики – сімейний лікар – 1500 осіб у міській місцевості, 1200 осіб у сільській місцевості; сестра медична загальної практики – сімейної медицини (фельдшер) – 750 осіб у міській місцевості, 600 осіб у сільській місцевості; лікар-терапевт дільничний – 1800 осіб; сестра медична дільнична лікаря-терапевта дільничного – 900 осіб; лікар-педіатр дільничний – 800 осіб; сестра медична дільнична лікаря-педіатра дільничного – 400 осіб.

При цьому **обґрунтування (розрахунки)**, документи про результати проведеного аналізу зазначеного пілотного проєкту щодо реформування системи охорони здоров'я у 2011–2014 роках⁸⁷, на підставі яких у **Порядку № 504 визначено оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, одного лікаря-терапевта та одного лікаря-педіатра, у МОЗ відсутні.**

Водночас за результатами аналізу **фактичної кількості декларацій**, укладених пацієнтами станом на 01.01.2021 з лікарями, які надають первинну медичну допомогу (45 надавачів первинної медичної допомоги), встановлено, що їх кількість **перевищує** визначений у Порядку № 504 **оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги на 28,0–87,5 відсотка.** Отже, створено ризики надання пацієнтам неякісної первинної медичної допомоги.

2.5.4. Рекомендації МОЗ:

- провести обґрунтовані розрахунки тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, та коригувальних коефіцієнтів;
- забезпечити обґрунтування оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, одного лікаря-терапевта та одного лікаря-педіатра.

Рекомендації НСЗУ:

- забезпечити проведення обґрунтованих розрахунків тарифів на медичні послуги, пов'язані наданням первинної медичної допомоги, та коригувальних коефіцієнтів і надати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України.

⁸⁷ У проєкті виступу, який надіслано до МОЗ Державною установою “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України” листом від 26.05.2015 № 161 (за підписом в. о. директора), зазначено, що в Україні розпочато реформування системи охорони здоров'я з використанням досвіду проведення реформ у пілотних регіонах: Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та в м. Києві. Однак дати якісну оцінку пілотних ініціатив 2011–2014 років складно через недостатній рівень контролю за виконанням проєкту, моніторингу його продуктивності і збору реальних даних щодо ефективності проведених перетворень.

2.6. Аналіз створення та функціонування електронної системи охорони здоров'я

2.6.1. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено виконання завдань, визначених у Положенні № 1101, у частині належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. Центральна база даних, що є складовою електронної системи охорони здоров'я, несумісна та не взаємодіє з іншими інформаційними системами і державними інформаційними ресурсами, визначеними у Порядку № 411, за винятком Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань та Державного реєстру актів цивільного стану громадян (з 01.10.2020) у частині реєстрації народження. Як наслідок, інформація, що міститься в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, неповна та недостовірна. До бази включено 9 реєстрів, при цьому МОЗ затверджено порядки ведення лише трьох реєстрів.

Електронні медичні інформаційні системи, що є також складовою електронної системи охорони здоров'я, підключено Державним підприємством “Електронне здоров'я” до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я без проведення тестувань на відповідність технічним вимогам, встановленим НСЗУ. Інформація про кількість декларацій і розміщені в електронних медичних інформаційних системах користувачів/надавачів первинної медичної допомоги дані про медичних працівників, які перебувають у трудових відносинах, відрізняється від інформації центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Технічні можливості електронних медичних інформаційних систем унеможливають формування надавачами первинної медичної допомоги звітів про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, перевірку проведених НСЗУ коригувань обсягу сплачених їм коштів державного бюджету, створення переліків декларацій, за якими НСЗУ проведено коригування оплачених їм сум, та встановлення причин такого коригування, перегляд інформації про підстави припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації.

2.6.2. Законодавча база

Запровадження електронних медичних реєстрів визначено ще у 1998 році в Концепції Національної програми інформатизації⁸⁸.

Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачалося створення ще у 2017 році електронних медичних реєстрів під час реалізації підготовчого етапу медичної реформи.

Відповідно до пункту 2 частини першої статті 2 Закону № 2168 електронна система охорони здоров'я – інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління

⁸⁸ Закон України від 04.02.1998 № 75/98-ВР “Про Концепцію Національної програми інформатизації” в редакції 1998 року.

медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, **між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними і документами.**

Підпунктом 7 пункту 4 Положення № 1101 встановлено забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я (стаття 10 Закону № 2168).

Згідно з Меморандумом про спільну діяльність щодо створення в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я⁸⁹ Наказом МОЗ № 1060 погоджено запровадження у тестовому режимі компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги. Термін дії тестового режиму становить один рік.

Планом пріоритетних дій Уряду на 2020 рік (пункт 435) передбачено розбудову електронної системи охорони здоров'я шляхом розроблення та подання Уряду проекту акта щодо удосконалення механізму функціонування електронної системи охорони здоров'я. Відповідальними виконавцями заходу визначено **МОЗ, НСЗУ, Міністерство цифрової трансформації України.**

Фактично МОЗ розроблено Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, яка затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р.

Довідково. Мета цієї Концепції – формування політичних, правових, організаційних, технологічних та ідеологічних умов та засад розвитку е-здоров'я в Україні.

Відповідно до пункту 2 Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, зокрема, **МОЗ доручалось в місячний строк розробити** та подати Уряду проект плану заходів щодо реалізації Концепції.

Постановою № 411 затверджено Порядок № 411.

Пунктом 2 Постанови № 411 встановлено, що функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я впроваджуються відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом № 2168. З дня набрання чинності Постановою № 411 функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я поступово впроваджуються на рівні первинної медичної допомоги.

Пунктом 6 Постанови № 411 передбачено, що МОЗ має розробити повну архітектуру та нормативно-правові акти, необхідні для функціонування електронної системи охорони здоров'я відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, та забезпечити

⁸⁹ Меморандум від 16.03.2017, укладений між МОЗ, БО “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”, ГО “Трансперенсі Інтернешнл Україна” та Держагентством з питань електронного урядування України.

створення, функціонування, фінансування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я і передачу НСЗУ до 01.01.2019 майнових прав на програмне забезпечення центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Для підключення до центральної бази даних електронна медична інформаційна система має відповідати технічним вимогам, які визначаються адміністратором та затверджуються НСЗУ (пункт 52 Порядку № 411).

Пунктом 54 Порядку № 411 визначено, що для встановлення відповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам адміністратор проводить протягом 30 календарних днів, з дня подання заявки оператором, тестування цієї системи.

2.6.3. Виявлений стан справ

У порушення пункту 2 розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р МОЗ станом на 05.05.2021 не розроблено плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я.

МОЗ не забезпечено належного функціонування та фінансування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я у 2018–2020 роках, що є порушенням вимог пункту 6 Постанови № 411.

У 2018–2020 роках потребу в коштах НСЗУ на функціонування електронної системи охорони здоров'я за рахунок коштів бюджетної програми за КПКВК 2308010 “Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення” забезпечено на рівні 23,7 відс., що унеможливило розвиток і впровадження нових компонентів системи.

Довідково. Видатки на функціонування електронної системи охорони здоров'я передбачалися за бюджетною програмою 2308010 у 2018 році за напрямом використання бюджетних коштів “Придбання ліцензійного програмного забезпечення (заходи з інформатизації)” та у 2019–2020 роках – “Виконання завдань (проектів) з інформатизації” у загальній сумі 91221,4 тис. гривень. Фактично за рахунок коштів цієї бюджетної програми за вказаними напрямками у 2018–2020 роках здійснювалося придбання комп'ютерного, периферійного обладнання, ліцензійного програмного забезпечення для потреб апарату НСЗУ, а також оплата послуг з підтримки та обслуговування електронної системи охорони здоров'я. Видатки становили 58444,6 тис. грн, у тому числі у 2018 році – 3040,0 тис. грн, у 2019 році – 36688,4 тис. грн, у 2020 році – 18716,2 тис. гривень. Кошти у сумі 32776,8 тис. грн до кінця 2018–2020 бюджетних років не використано.

Як наслідок, розбудова і розвиток центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я здійснювалися за рахунок коштів благодійних, громадських та міжнародних організацій. У 2019–2020 роках НСЗУ в межах проєктів міжнародної технічної допомоги отримала програмне забезпечення загальною вартістю 80448,9 тис. гривень.

Так, у грудні 2019 року⁹⁰ МОЗ передано НСЗУ програмне забезпечення

⁹⁰ Спільний наказ МОЗ і НСЗУ від 29.12.2018 № 2498/207 “Про передачу прав на програмне забезпечення центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я”.

центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я вартістю **12043,0 тис. гривень**. Це програмне забезпечення МОЗ передано Благодійною організацією “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД” у межах програми Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією і є першою версією програмно-апаратного рішення для підтримки реформи на рівні первинної медичної допомоги. Надалі НСЗУ отримала програмне забезпечення для розвитку електронної системи охорони здоров'я безпосередньо від міжнародних громадських та благодійних організацій:

- від Благодійної організації “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД” у межах програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією⁹¹, проєкту міжнародної технічної допомоги “Безпечні, фінансово доступні та ефективні лікарські засоби для українців”, проєкту “Підтримка розвитку інфраструктури електронної системи охорони здоров'я eHealth”, проєкту “Health Link: Посилення зусиль з протидії ВІЛ/СНІД в Україні” **загальною вартістю 51505,2 тис. грн;**

- від Міжнародного благодійного фонду “Альянс громадського здоров'я” в межах проєкту “Health Link: Посилення зусиль з протидії ВІЛ/СНІД в Україні” вартістю **4460,8 тис. грн**⁹²;

- від Deloitte Consulting Overseas Projects, LLC. у межах проєкту міжнародної технічної допомоги Агентства США з міжнародного розвитку (USAID)⁹³ **загальною вартістю 12439,9 тис. гривень.**

Довідково. Відповідно до підпункту 14 пункту 2 Порядку № 411 центральна база даних – це інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені Порядком № 411 реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, а також забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

Пунктом 5 Порядку № 411 встановлено: власником центральної бази даних є держава в особі НСЗУ. Розпорядником Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я і власником їх відомостей до 01.04.2020 був МОЗ. З 01.04.2020 володільцем відомостей Реєстру медичних спеціалістів, Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я та Реєстру медичних висновків є МОЗ, а розпорядником цих реєстрів – НСЗУ.

Згідно з пунктом 6 Порядку № 411 адміністратором центральної бази даних є Державне підприємство “Електронне здоров'я”, крім інформаційної системи НСЗУ, адміністрування якої забезпечує НСЗУ.

Довідково. Адміністратор центральної бази даних здійснює адміністрування та технічну підтримку; забезпечує її безперебійну роботу, розроблення, оновлення та підтримку програмного забезпечення; приймає рішення про підключення, відключення та призупинення доступу електронних медичних інформаційних систем до центральної бази даних; надає технічну підтримку операторам електронної медичної інформаційної системи; забезпечує тестування електронної медичної інформаційної системи, що приєднана або має намір приєднатися, тощо.

⁹¹ За договорами благодійної пожертви від 01.04.2019 №№ 43, 46, 58 та 59.

⁹² За договором про надання благодійної пожертви від 01.04.2020 № 60.

⁹³ За договорами (відчуження) майнових прав від 02.11.2020 № 134 та № 135.

Підпунктом 14 пункту 8 Порядку № 411 визначено: функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я повинні забезпечувати сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних з іншими системами та державними інформаційними ресурсами.

Довідково. З Єдиним державним демографічним реєстром; ЄДРПОУ; Державним реєстром актів цивільного стану громадян; Державним реєстром фізичних осіб - платників податків; інформаційними системами Міністерства соціальної політики; Єдиною державною електронною базою з питань освіти; Єдиним державним реєстром Міністерства внутрішніх справ; інформаційно-аналітичною платформою електронної верифікації та моніторингу; іншими ресурсами, які зазначені у нормативно-правових актах, що регламентують взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів.

Аудит засвідчив: **центральна база даних електронної системи охорони здоров'я містить** Реєстр пацієнтів, Реєстр медичних спеціалістів, Реєстр медичних працівників, Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, Реєстр договорів про реімбурсацію, Реєстр договорів про медичне обслуговування населення, Реєстр медичних висновків, Реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів. **Упродовж 2020 року затверджено тільки** Порядок ведення Реєстру пацієнтів⁹⁴, Реєстру медичних висновків⁹⁵ і Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів⁹⁶. Решту **порядків не затверджено.**

Для забезпечення автоматизованої взаємодії у 2018–2019 роках електронної системи охорони здоров'я з іншими системами і реєстрами НСЗУ здійснювала спроби взаємодіяти з власниками таких систем, але з **окремими реєстрами та інформаційними системами взаємодії не досягнуто.** Як наслідок, **інформація оперативно не оновлювалася, що призвело до необхідності постійного коригування розміру коштів, перерахованих надавачам первинної медичної допомоги.**

Як встановлено аудитом, **автоматизована взаємодія центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з Державним реєстром актів цивільного стану громадян у 2018–2020 роках не здійснювалася**⁹⁷. Отже, **інформація про пацієнтів, медичних працівників та спеціалістів в електронній системі охорони здоров'я оперативно не оновлювалася і була недостовірною.** Фактично взаємодія між НСЗУ та Мін'юстом здійснювалася шляхом періодичного надсилання запитів лише щодо померлих осіб. Запити про надання інформації щодо реєстрації шлюбу або розірвання шлюбу, під час якого змінено прізвище лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та зміни імені пацієнтом/лікарем НСЗУ до Мін'юсту не надсилювалися. **Мін'юст надавав інформацію на компакт-диску, але ця інформація частково була неактуальною, потребувала уточнення і коригування.** При цьому НСЗУ в ручному режимі порівнювала отримані дані з даними реєстрів центральної

⁹⁴ Наказ МОЗ від 30.11.2020 № 2755.

⁹⁵ Наказ МОЗ від 18.09.2020 № 2136.

⁹⁶ Наказ МОЗ від 28.02.2020 № 587.

⁹⁷ З 01.10.2020 запроваджена взаємодія тільки в частині реєстрації народження.

бази даних електронної системи охорони здоров'я, що мало ризики суб'єктивного втручання і помилок.

Крім того, в порушення вимог пункту 3 Постанови № 411 Мін'юст надавав у 2019–2020 роках НСЗУ інформацію за всіма запитами із суттєвим порушенням 10–денного терміну (від 28 до 47 днів)⁹⁸, що унеможливлювало оперативне внесення змін в електронну систему охорони здоров'я та здійснення перерахунків.

Для відслідковування наявності у закладів охорони здоров'я чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики НСЗУ організовано перевірку такої інформації в ліцензійному реєстрі МОЗ, але цей процес був неавтоматизований. НСЗУ надавались МОЗ пропозиції щодо удосконалення Ліцензійного реєстру⁹⁹. Водночас станом на 27.04.2021 автоматичну взаємодію не забезпечено.

Ще однією причиною відсутності взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з інформаційними системами, визначеними Порядком № 411, було незабезпечення у 2018–2020 роках фінансування для розроблення програмних модулів. Лише на 2021 рік НСЗУ передбачено 50,3 млн грн, які, за інформацією НСЗУ, забезпечать розроблення програмних модулів для інтеграцій та налаштування обмінів.

Крім того, на час аудиту не задіяно інших реєстрів і баз даних, необхідних для проведення верифікації.

Так, станом на 27.04.2021 не було електронної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з Єдиним реєстром засуджених осіб та осіб, узятих під варту; Єдиним державним демографічним реєстром та інтегрованою міжвідомчою автоматизованою системою обміну інформацією з питань контролю осіб, транспортних засобів та вантажів, які перетинають державний кордон “Аркан”, щодо осіб, які виїхали за кордон за робочою візою або в еміграцію; даними щодо осіб, які проживають в інтернатах та будинках для осіб похилого віку; даними щодо осіб, які проходять строкову службу в Збройних Силах України.

Через відсутність взаємодії з цими ресурсами створено умови для оплати декларацій громадян, які не мали можливості звернутися до лікаря, що надає первинну медичну допомогу.

Довідково. Відповідно до статистичних даних¹⁰⁰ кількість засуджених в Україні осіб, які перебували у 2018–2020 роках в місцях позбавлення волі, становила у 2018 році – 55078 осіб, у 2019 році – 52973 особи, у 2020 році – 52863 особи.

За даними річного звіту ООН про процес міграції в світі за 2019 рік¹⁰¹, загальна кількість українців, які постійно живуть та працюють за межами України, у 2018 році становила 4964,3 тис. осіб, у 2019 році – 4964,3 тис. осіб, у 2020 році – 4997,4 тис. осіб.

⁹⁸ Відповідь на запит НСЗУ від 22.01.2020 № 484/9-15-20 отримано 18.02.2020 за № 1914-11-20, на запит від 18.02.2020 № 1353/9-15-20 – від 23.03.2020.

⁹⁹ Листи від 04.06.2019 № 5779/6-06-19 та від 06.11.2020 № 16587/8-06-20.

¹⁰⁰ <https://sud.ua/ru/news/blog/179840-zasudzheni-mistsevimi-zagalnimi-sudami-osobi-ta-zastosovani-do-nikh-vidi-pokaran-uprodovzh-2015-2019-rokiv>.

¹⁰¹ <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/countryprofiles.asp>.

Для отримання робочої візи до інших держав необхідна наявність страхового поліса, який покриває медичні витрати в країні перебування.

Згідно з даними Міноборони на строкову військову службу призвано у 2018 році – 20,4 тис. осіб, у 2019 році – 21,4 тис. осіб, у 2020 році – 21,4 тис. осіб. Пунктом 1 статті 11 Закону України № 2011-ХІІ¹⁰², зокрема, встановлено, що військовослужбовці мають право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я.

За даними Урядового порталу¹⁰³, в Україні діє 93 будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці, у яких проживає понад 12 тис. осіб¹⁰⁴. Громадяни, які проживають в будинках-інтернатах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці, перебувають на повному державному утриманні (пункт 2 Порядку № 269¹⁰⁵).

З урахуванням будинків-інтернатів приватної власності кількість таких осіб становить майже 22 тис. чоловік¹⁰⁶.

*За даними Державного підприємства “Електронне здоров'я”¹⁰⁷, у 2020 році проведено понад **500 тестувань та більше 400 підключень нового функціоналу.***

*На вебсайті НСЗУ¹⁰⁸ оприлюднено перелік електронних медичних інформаційних систем, які відповідають технічним вимогам, підключені до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, інформацію про їх функціональні можливості. Станом на **27.04.2021 в Україні функціонує 42 електронні медичні інформаційні системи, підключені до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.***

*Водночас документи, які підтверджують проведення у 2018–2020 роках **тестувань** електронних медичних інформаційних систем, що використовують надавачі первинної медичної допомоги, і відповідні висновки за їх результатами у Державному підприємстві “Електронне здоров'я” відсутні.*

Отже, електронні медичні інформаційні системи підключені Державним підприємством “Електронне здоров'я” до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з порушенням вимог пункту 54 Порядку № 411 – без проведення тестування на відповідність їх технічним вимогам, встановленим НСЗУ.

Результати аудиту засвідчили: інформація, розміщена в електронних медичних інформаційних системах, на рівні користувачів/надавачів первинної медичної допомоги відрізняється від інформації, розміщеної в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, зокрема щодо даних про кількість

¹⁰² Закон України від 20.12.1991 № 2011-ХІІ “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”.

¹⁰³ <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-uregulyuvav-pitannya-diyalnosti-budinkiv-internativ-dlya-gromadyan-pohilogo-viku-ta-osib-z-invalidnistyu>.

¹⁰⁴ Без урахування анексованих територій АР Крим і м. Севастополя та тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей.

¹⁰⁵ Постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 № 269 “Про затвердження Порядку перерахування органами Пенсійного фонду або структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчих органів міських рад коштів установам, у яких особи перебувають на повному державному утриманні”.

¹⁰⁶ <https://domprestarelyh.com.ua/ua/stati/doma-prestarelykh-v-ukraine>.

¹⁰⁷ <https://ehealth.gov.ua/2020/08/27/yak-prohodyt-testuvannya-mis-v-ehealth/>.

¹⁰⁸ <https://ehealth.gov.ua/pidklyucheni-do-ehealth-mis/>.

декларацій, та даних у реєстрі медичних працівників.

Крім того, технічні можливості електронних медичних інформаційних систем не дають змоги надавачам первинної медичної допомоги формувати звіти про обсяг медичних послуг, пов'язаних із первинною медичною допомогою. Такі звіти у **2018–2020 роках формувалися безпосередньо НСЗУ¹⁰⁹** і надсилалися на підпис надавачам первинної медичної допомоги, що є порушенням вимог пункту 8 статті 10 Закону № 2861, пункту 21 Типової форми договору № 410 та умов укладених договорів. Водночас **надавачі первинної медичної допомоги не мали можливості перевірити достовірність внесених НСЗУ до звіту даних. Технічні можливості електронної медичної інформаційної системи також унеможливлювали перевірку користувачами/надавачами первинної медичної допомоги проведених НСЗУ коригувань обсягу сплачених їм коштів державного бюджету, створення переліків декларацій, за якими НСЗУ проведено коригування оплачених їм сум, та причин такого коригування, перегляд інформації про підстави припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації.**

Наприклад, встановлено розбіжність даних щодо кількості декларацій, що містяться станом на 01.11.2020 в електронній медичній інформаційній системі користувачів - надавачів первинної медичної допомоги, з даними центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. Різниця між даними в окремих закладах охорони здоров'я приватної форми власності, розміщених у м. Києві, становила 124 – 915 декларацій. За інформацією НСЗУ¹¹⁰, електронні медичні інформаційні системи у своїй діяльності можуть використовувати не тільки дані центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, а і власні бази даних для операційної роботи надавачів первинної медичної допомоги. При цьому дані власних електронних медичних інформаційних систем і центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я можуть відрізнятися, оскільки електронні медичні інформаційні системи проводять оновлення даних обох баз не онлайн (в синхронізованому режимі), а з певною періодичністю. Центральна база даних електронної системи охорони здоров'я – єдине першоджерело зберігання реєстрів, зокрема Реєстру декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Інформація, розміщена на аналітичних панелях (дашбордах) вебсайта НСЗУ, відображає саме дані центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, отже, є точною і достовірною.

***Довідково.** За інформацією ТОВ “Гайленг”, станом на 01.11.2020 загалом в електронній медичній інформаційній системі зареєстровано 1266 декларацій. При цьому в*

¹⁰⁹ За інформацією 26 КНП, 20 ТОВ, 6 ФОП, розміщених у м. Києві, та територіальних управлінь Рахункової палати по Вінницькій, Кіровоградській та Хмельницькій областях (у м. Вінниця), по Дніпропетровській області (у м. Дніпро), по Донецькій та Луганській областях (у м. Донецьк), по м. Києву, Київській та Чернігівській областях (у м. Київ), по Львівській, Волинській та Тернопільській областях (у м. Львів), по Одеській, Миколаївській, Херсонській областях, Автономній Республіці Крим та м. Севастополю (у м. Одеса).

¹¹⁰ Листи від 26.02.2021 № 3988/5-16-21 та від 25.03.2021 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.

центральної базі даних електронної системи охорони здоров'я на зазначену дату зареєстровано 351 декларацію, різниця – 915 декларацій (260,7 відсотка). Так само, за інформацією ТОВ “Колібрі”, в електронній медичній інформаційній системі станом на 01.11.2020 зареєстровано загалом 939 декларацій, при цьому їх кількість у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я становила 815 одиниць, різниця – 124 декларації (15,2 відсотка).

Отже, через неналежну взаємодію між центральною базою даних електронної системи охорони здоров'я та електронними медичними інформаційними системами користувачів – надавачів первинної медичної допомоги унеможливлено здійснення надавачами первинної медичної допомоги контролю та управління медичною інформацією, звірки взаєморозрахунків з НСЗУ для визначення вартості наданих медичних послуг та виконання умов укладених з НСЗУ договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

2.6.4. Рекомендації МОЗ:

- розглянути питання фінансування НСЗУ в обсягах, необхідних для розроблення програмного забезпечення, з метою автоматичної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами;
- розробити та затвердити порядки ведення реєстрів декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; медичних спеціалістів; медичних працівників; договорів про медичне обслуговування населення; договорів про реімбурсацію;
- розробити та подати в установленому порядку Кабінету Міністрів України проєкт плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р.

Рекомендації НСЗУ:

- з метою забезпечення взаємодії з інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами укласти договори з їх власниками;
- внести зміни до технічних вимог електронних медичних інформаційних систем у частині надання можливості надавачам первинної медичної допомоги створювати звіт про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, проводити аналіз інформації, отриманої з відповідних реєстрів, переглядати дати звільнення лікарів (за певний звітний період), інформацію щодо підстав припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації, створювати перелік декларацій, за якими проведено коригування сум оплачених медичних послуг, із зазначенням причин такого коригування у звітному періоді.

2.7. Стан використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу

2.7.1. НСЗУ всупереч Положенню № 1101 не здійснено заходів щодо забезпечення ефективного використання коштів державного бюджету, та не організовано у 2018–2020 роках належного функціонування системи внутрішнього контролю за їх використанням.

У порушення вимог пункту 2 Порядку № 283, пункту 4 Порядку № 1086 та умов укладених договорів оплата надавачам первинної медичної допомоги здійснювалася НСЗУ відповідно до кількості декларацій, укладених пацієнтами з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, при цьому обсяг наданих медичних послуг не враховувався. Водночас облік медичних послуг, наданих пацієнтам надавачами первинної медичної допомоги, у 2018–2020 роках не здійснювався. Як наслідок – упродовж цього періоду ризику непродуктивного і нерезультативного використання 38623764,1 тис. грн коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу, з них через неефективні управлінські рішення НСЗУ бюджетні асигнування в сумі 276813,6 тис. грн до кінця бюджетних 2018–2020 років не використано Ідентифікацію цих ризиків і управління ними НСЗУ не здійснено.

Рівень матеріально-технічного оснащення таких надавачів лише частково відповідав потребі, визначеній у Примірному табелі № 148. Разом з тим кошти, отримані від НСЗУ, надавачі первинної медичної допомоги переважно спрямовували на виплату заробітної плати. Питома вага таких видатків у загальному обсязі становила у 2018 році – 89,2 відс., у 2019 році – 69–100 відс., у 2020 році – 71,4–93,9 відсотка. Так, серед закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, охоплених аудитом, розмір середньої заробітної плати лікарів, які надають первинну медичну допомогу, збільшився порівняно з 2017 роком і коливався у 2018 році – від 4,5 до 20,7 тис. грн, у 2019 році – від 5,4 до 22,1 тис. грн, у 2020 році – від 6,5 до 25,8 тис. гривень.

Надавачами первинної медичної допомоги за рахунок коштів, отриманих від НСЗУ, сплачувалися штрафи, закуповувалося обладнання, не передбачене Примірним табелем № 148 для оснащення закладів первинної медичної допомоги, а також легкові автомобілі (Toyota Corolla, Volkswagen Polo sedan, Renault Dokker Authentique, Nissan X-Trail) та мобільні телефони (Nokia 2.3.2/32 Charcoal, Nokia 2.3.2/32 Green). Загалом на це використано 4407,7 тис. гривень.

НСЗУ у 2018–2020 роках не організовано на належному рівні роботи із забезпечення точності та достовірності інформації, яка міститься в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я. Верифікацію даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я НСЗУ розпочато лише в жовтні 2019 року і проведено тільки за трьома критеріями: припинення трудових відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або смерть лікаря, смерть пацієнта, який уклав декларацію з

лікарем; подання пацієнтом (його законним представником) або надавачем звернень щодо необхідності внесення змін до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. Водночас у Порядку № 503 МОЗ не визначено таких підстав для припинення декларацій, як набрання законної сили вироком суду щодо позбавлення волі, призов на строкову військову службу, рішення про поселення громадян до психоневрологічних інтернатів та геріатричних пансіонатів, зміну спеціальності лікаря, з яким укладено декларацію, виїзд громадян за кордон за робочою візою або в еміграцію, що створило умови для оплати за рахунок коштів державного бюджету декларацій пацієнтів, що не мали можливості звернутися до лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

За результатами верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, проведеної НСЗУ, встановлено зайву сплату коштів державного бюджету надавачам первинної медичної допомоги: 2018 рік – 19842,1 тис. грн, 2019 рік – 16961,8 тис. гривень. Крім того, **аудит засвідчив факти оплати НСЗУ надавачам за деклараціями з лікарями, які припинили трудові відносини з надавачем або померли, за деклараціями пацієнтів, які померли, за деклараціями з лікарями, які змінили лікарську спеціальність, за деклараціями пацієнтів, які досягли 18-річного віку, укладеними з лікарем-педіатром, за дубльованими деклараціями, у зв'язку з чим кошти державного бюджету у сумі 3344,5 тис. грн використано з порушенням пункту 7 розділу II, пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503, пункту 8 Порядку № 1117, Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 і пункту 22 Порядку № 65.**

З урахуванням виявлених за результатами аудиту фактів (на підставі інформації Рахункової палати) НСЗУ у лютому 2021 року додатково проведено верифікацію даних, внесених до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, та встановлено сплату надавачам первинної медичної допомоги коштів державного бюджету у сумі 19773,4 тис. грн з порушенням чинного законодавства (у тому числі за 2018 рік – 198,0 тис. грн, 2019 рік – 2049,6 тис. грн, 2020 рік – 17525,8 тис. гривень).

Враховуючи зазначене, наявні усі підстави для відмови в наданні висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 і за 2020 рік за КПКВК 2308060.

2.7.2. Законодавча база

Механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті на 2018–2019 роки за програмою “Надання первинної медичної допомоги населенню”, визначає Порядок № 283, на 2020 рік за програмою “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення” – Порядок № 1086. Бюджетні кошти спрямовуються на оплату медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги.

Частиною другою статті 49 Бюджетного кодексу (зі змінами) визначено: Казначейство України здійснює платежі за дорученнями розпорядників бюджетних коштів у разі наявності відповідного бюджетного зобов'язання для

платежу в бухгалтерському обліку виконання бюджету; наявності затвердженого в установленому порядку паспорта бюджетної програми; наявності у розпорядників бюджетних коштів відповідних бюджетних асигнувань.

Згідно з підпунктом “б” пункту 11.8 розділу XI “Здійснення видатків розпорядниками бюджетних коштів та одержувачами бюджетних коштів” Порядку № 1407 однією з причин неприйняття від розпорядника бюджетних коштів до виконання платіжного доручення є відсутність затвердженого в установленому порядку паспорта бюджетної програми.

Результативні показники бюджетної програми мають підтверджуватися офіційною державною статистичною, фінансовою та іншою звітністю, даними бухгалтерського, статистичного та внутрішньогосподарського (управлінського) обліку (частина п’ята статті 20 Бюджетного кодексу).

Надавач державної або комунальної форми власності зобов’язаний надавати щокварталу до 20 числа наступного місяця замовнику в електронній формі звіт про доходи та витрати надавача за формою, наданою НСЗУ (пункт 24¹ умов укладених договорів).

Розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня є НСЗУ (пункт 5 Порядку № 283 та пункт 3 Порядку № 1086). Відповідно до частини третьої статті 26 Бюджетного кодексу розпорядники бюджетних коштів в особі їх керівників організовують внутрішній контроль і внутрішній аудит.

Основні засади здійснення внутрішнього контролю в НСЗУ затверджено наказом від 28.12.2019 № 563, згідно з яким організація та здійснення внутрішнього контролю в НСЗУ забезпечується шляхом розроблення та затвердження її керівником внутрішніх документів, спрямованих на забезпечення функціонування елементів внутрішнього контролю; запровадження чітких систем (порядків) планування діяльності, контролю за їх виконанням і звітуванням та за необхідності своєчасного коригування планів діяльності НСЗУ; виконання керівництвом та працівниками НСЗУ внутрішніх документів; інформування керівництва НСЗУ про ризики, що виникають під час виконання покладених на них завдань і функцій; вжиття заходів контролю; здійснення моніторингу, обміну інформацією. Під час організації і здійснення внутрішнього контролю забезпечується управлінська відповідальність та підзвітність працівників НСЗУ в межах компетенції та посадових обов’язків.

Відповідно до пункту 27 Порядку № 411 (у редакції, чинній з 14.05.2020, яка застосовується з 01.04.2020) з метою забезпечення точності та достовірності інформації у центральній базі даних електронної системи охорони здоров’я НСЗУ проводиться верифікація з дотримання вимог Закону України “Про захист персональних даних”. Верифікація даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я здійснюється відповідно до методик та рекомендацій, визначених НСЗУ.

***Довідково.** Верифікація – комплекс заходів з порівняння, встановлення відповідності та підтвердження відомостей, що містяться в реєстрах центральної бази даних, з відомостями, що містяться в тих самих або інших реєстрах центральної бази даних або інших державних інформаційних ресурсах, а також з відомостями, одержаними, зокрема, шляхом електронної взаємодії, від органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ,*

організацій, які є володільцями та/або розпорядниками таких відомостей, відомостей, одержаних у результаті заходів з моніторингу виконання умов договорів та перевірки НСЗУ дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, і договорами про медичне обслуговування населення, іншими даними.

Пунктом 7 розділу II Порядку № 503 визначено, що одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають первинну медичну допомогу, не допускається.

Пунктом 1 розділу IV Порядку № 503 передбачено: підставами для припинення декларації є, зокрема, припинення трудових відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, зазначеним в декларації, та надавачем первинної медичної допомоги або фізичною особою – підприємцем, що має господарські відносини з таким надавачем, або припинення господарських відносин між надавачем первинної медичної допомоги або фізичною особою – підприємцем, що обраний(а) лікарем, який надає первинну медичну допомогу за декларацією; досягнення пацієнтом 18-річного віку, якщо згідно з декларацією лікарем, який надає первинну медичну допомогу, обрано лікаря-педіатра; смерть лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або пацієнта.

Декларація припиняється з дня, наступного за днем виникнення відповідної підстави (пункт 2 розділу IV Порядку № 503).

2.7.3. Виявлений стан справ

На надання первинної медичної допомоги за КПКВК 2308020 у 2018 році використано 3446709,3 тис. грн (97,7 відс. розподілених асигнувань), у 2019 році – 16750070,6 тис. грн (99,0 відс.), за КПКВК 2308060 у 2020 році – 18150170,6 тис. грн (99,8 відсотка). Бюджетні асигнування у загальній сумі 276813,6 тис. грн до кінця 2018–2020 років не використано¹¹¹.

Всупереч вимогам частини другої статті 49 Бюджетного кодексу (за відсутності затверджених паспортів бюджетної програми¹¹²) Головним управлінням Державної казначейської служби України у м. Києві за дорученням НСЗУ перераховано з 01.01.2019 по 01.02.2019 та з 01.01.2020 по 14.02.2020 надавачам первинної медичної допомоги кошти державного бюджету в загальній сумі 4264241,3 тис. гривень. Водночас згідно із частиною восьмою статті 20 Бюджетного кодексу головний розпорядник бюджетних коштів розробляє та протягом 45 днів з дня набрання чинності законом про Державний бюджет України затверджує за погодженням з Мінфіном паспорт бюджетної програми.

У порушення вимог пункту 8 статті 10 Закону № 2168, пункту 19 договорів на 2018 рік та пункту 21 договорів на 2019 і 2020 роки **форма звіту про обсяг медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, яку розроблено НСЗУ, не містить інформації про перелік та обсяг наданих пацієнтам медичних послуг, які підлягають оплаті за звітний період.** До звіту внесено дані щодо кількості пацієнтів, які подали надавачеві

¹¹¹ Внаслідок неможливості передбачити кількість населення, яке укладе декларації з лікарями первинної медичної допомоги, його структуру за віком тощо.

¹¹² Паспорти бюджетної програми за КПКВК 2308020 на 2019 рік затверджено наказом МОЗ від 04.02.2019 № 289 та за КПКВК 2308060 на 2020 рік – наказом МОЗ від 20.02.2020 № 491.

декларації станом на 1 число звітнього періоду, їх розподіл за віковими групами, обсяг практики лікаря порівняно з оптимальним, тариф (2018–2019 роки – 370 грн, 2020 рік – 600,48 грн) і коригувальні коефіцієнти. У разі перевищення лікарями надавача первинної медичної допомоги оптимального обсягу практики на 10 відс. і вище до тарифу застосовувався “понижувальний” коефіцієнт, а якщо перевищення становило понад 51 відс. такі декларації НСЗУ не оплачувала.

Довідково. За інформацією ПП “Медіан” (лист від 28.12.2020 № 46), станом на 01.01.2020 лікарем-терапевтом підписано 83 декларації, лікарем загальної практики - сімейним лікарем – 31, пацієнти за медичною допомогою до цих лікарів жодного разу не зверталися. Незважаючи на це, НСЗУ сплачено надавачеві 7,1 тис. грн з державного бюджету.

Так само, за інформацією ПП “Сигма” (лист від 23.12.2020 № 56/1 за підписом директора), станом на 01.01.2020 і 01.11.2020 лікарем загальної практики - сімейної медицини укладено відповідно 30 і 32 декларації, пацієнти за медичною допомогою до лікаря жодного разу не зверталися. При цьому НСЗУ сплачено надавачеві 2,2 тис. грн з державного бюджету.

Таким чином, у 2018–2020 роках НСЗУ оплату надавачам первинної медичної допомоги здійснювала за декларації, які укладено пацієнтами, а не за фактичний обсяг наданих медичних послуг.

Перерахування коштів у 2018 році проведено НСЗУ 620 надавачам¹¹³ первинної медичної допомоги у сумі 3446709,3 тис. грн, у 2019 році – 1448¹¹⁴ надавачам у сумі 16750070,6 тис. грн та у 2020 році – 1702 надавачам¹¹⁵ у сумі 18150170,6 тис. гривень.

До звітів про виконання паспорта бюджетної програми на 2018 рік за КПКВК 2308020, на 2019 рік за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 МОЗ включено недостовірні дані щодо виконання результативного показника “затрат”: у 2018 році кількість надавачів медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ та надають первинну медичну допомогу населенню, станом на 1 жовтня 2018 року завищено на 3 од., у 2019 році кількість надавачів медичних послуг, що уклали договори та надають первинну медичну допомогу населенню, на кінець 2019 року завищено на 22 од, та у 2020 році кількість надавачів медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ та надають первинну медичну допомогу населенню, завищено на 14 од., що є порушенням вимог частини п’ятої статті 20 Бюджетного кодексу. Внесення недостовірних даних до звіту про виконання паспорта бюджетної програми згідно із статтею 116 Бюджетного кодексу є порушенням бюджетного законодавства.

За даними звітів про доходи і витрати за 2020 рік, поданих 640 закладами охорони здоров’я комунальної форми власності із 915 та проаналізованих НСЗУ, **основним джерелом фінансового забезпечення потреб закладів у 2020 році становили кошти державного бюджету, отримані від**

¹¹³ Кошти НСЗУ не перераховувалися ФОП Чернега Н. Ф., ТОВ “Територіальне медичне об’єднання “Актив-Медікал”, ТОВ “Мінімед”, з якими укладено договори, через відсутність укладених з пацієнтами декларацій станом на 01.10.2018 та ненадання медичної допомоги.

¹¹⁴ Кошти НСЗУ не перераховувалися 22 надавачам, з якими укладено договори, через відсутність укладених з пацієнтами декларацій та ненадання медичної допомоги.

¹¹⁵ Кошти НСЗУ не перераховувалися 31 надавачеві, з якими укладено договори, через відсутність укладених з пацієнтами декларацій та ненадання медичної допомоги.

НСЗУ (73,4 відс. обсягу усіх надходжень закладів, 18,3 відс. – кошти з інших бюджетів (обласний, районний бюджети), 8,3 відс. – інші кошти і матеріальні цінності). Подання закладами охорони здоров'я комунальної форми власності таких звітів у 2018–2019 роках укладеними договорами не передбачалося.

Як встановлено аудитом, до завдань НСЗУ з 01.01.2020 віднесено здійснення аналізу звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг з метою проведення розрахунку тарифів і коригувальних коефіцієнтів. Разом з тим надання цих звітів згідно з умовами укладених у 2020 році договорів передбачено лише закладами охорони здоров'я комунальної форми власності. За інформацією НСЗУ¹¹⁶, вимога щодо подання звітів про доходи і витрати лише надавачами державної та комунальної власності обумовлена тим, що саме підприємства комунальної форми власності реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Запровадження подання таких звітів закладами охорони здоров'я, які не є комунальною власністю, створить додатковий бар'єр для їх співпраці з НСЗУ, оскільки формою звіту передбачено надання інформації про фінансування зі всіх джерел, а також про використання цих ресурсів.

Кошти, отримані від НСЗУ, надавачі первинної медичної допомоги¹¹⁷, яких вибірково взято для аудиту, переважно спрямовували на виплату заробітної плати: 2018 рік – 89,2 відс. (КНП “6-а міська поліклініка м. Львова”); 2019 рік – від 69 відс. (КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради) до 100 відс. (ТОВ “ЛТС”); 2020 рік – 71,4 відс. (КНП “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради) до 93,9 відс. (КНП “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради). У результаті збільшено середній розмір заробітної плати лікарів, які працюють у цих надавачів. При цьому рівень матеріально-технічного оснащення окремих надавачів первинної медичної допомоги¹¹⁸ частково відповідав розділу I Примірного табеля № 148.

***Довідково.** У КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради видатки на заробітну плату у загальному обсязі видатків у 2019 році становили 69 відс. (33032,67 тис. грн), у 2020 році – 72,7 відс. (41515,42 тис. гривень). Разом з тим станом на 01.01.2021 матеріально-технічне оснащення місць надання послуг первинної медичної допомоги населенню укомплектовано на 85,5 відс. обсягу, визначеного в розділі I Примірного табеля № 148.*

¹¹⁶ Лист від 26.02.2021 № 3988/5-16-21 за підписом т. в. о. Голови Віленського А. Б.

¹¹⁷ КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради; “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8”; “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради, “6-а міська поліклініка м. Львова, ТОВ “Дім Медицини”, “ЛТС”, “Медичний центр Верум”, ФОП Московенко О. Д., Загородна П. С., Ключко Т. М.

¹¹⁸ КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради; “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8”; “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради.

Так само у КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради видатки на заробітну плату в загальному обсязі видатків у 2019 році становили 91,6 відс. (41011,2 тис. грн), у 2020 році – 91,6 відс. (47234,6 тис. гривень). При цьому станом на 01.01.2021 рівень забезпечення місць надання послуг первинної медичної допомоги становив від 32,8 до 98,4 відс. обсягу, визначеного в розділі I Примірному табелю № 148.

У 2018–2020 роках шістьма надавачами первинної медичної допомоги¹¹⁹ за кошти, отримані від НСЗУ, закуплено медичне і лабораторне обладнання¹²⁰ на загальну суму 1607,2 тис. грн, що згідно з Примірним табелем № 148 не передбачене для оснащення місць надання первинної медичної допомоги, а належить до спеціалізованої медичної допомоги. Із цієї суми медичне обладнання на 699,0 тис. грн більше року не використовується, тобто кошти державного бюджету використано непродуктивно.

Довідково. КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради¹²¹ за рахунок коштів державного бюджету, отриманих від НСЗУ у 2019 році, придбано медичне обладнання (система ультразвукова діагностична DS-30, апарат УВЧ терапії УВЧ-80-3 “Ундатерм”, прилад ультразвукової терапії “Біомед”, апарат “Луч-4”, прилад низькочастотної електротерапії “Радиус-01”) на загальну суму 699,0 тис. грн, яке згідно з Примірним табелем № 148 не передбачене для оснащення місць надання медичних послуг та станом на 22.01.2021 закладом не використовується через відсутність ліцензії на провадження господарської діяльності за спеціальностями, що передбачають його використання.

Крім того, засвідчено випадки придбання у 2019 році за кошти, отримані від НСЗУ, чотирма надавачами легкових автомобілів (1832,6 тис. грн) та одним надавачем мобільних телефонів (956,0 тис. грн): КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1” Солом’янського району м. Києва придбано легковий автомобіль Toyota Corolla вартістю 519,1 тис. грн, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Подільського району м. Києва – Volkswagen Polo sedan 1,6 вартістю 357,5 тис. грн, КНП “Центр первинної медико-санітарної

¹¹⁹ КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, ТОВ “Медичний центр здоров’я та реабілітації 100 відс. Життя”, “Бєбі”, “Тайленг”, “Медичний центр Колібрі”, “Фастмед Україна”.

¹²⁰ Медичне обладнання світильник операційний “Біомед” KD-202B-2 – 9,5 тис. грн, стіл операційний “Біомед” MT300 – 7,2 тис. грн, відсмоктувач медичний “Біомед” – 7,8 тис. грн, гігрометр психрометричний ВІТ-1 ТУ 3 – 0,3 тис. грн, налобний освітлювач – 5,5 тис. грн, негатоскоп (НТ-48м, НМ-1 LED Есопот, НТ-86м) – 13,9 тис. грн, система ультразвукова діагностична – 1130,0 тис. грн, обладнання для профілактичної дезінфекції повітря, рекомендоване до використання у зонах високого і середнього ризику передачі туберкульозу (опромінювач ультрафіолетовий екранований), – 84,0 тис. грн, апарат для фізіотерапії багатофункціональний – 13,7 тис. грн, комплекс електроенцефалографічний (рекомендований для діагностики епілепсії) – 100,0 тис. грн, опромінювач бактеріцидний настінний, стерилізатор повітряний, рециркулятор РЗТ300/115 – 18,1 тис. грн, апарат УВЧ-терапії – 46,7 тис. грн, прилад ультразвукової терапії “Біомед” – 35,1 тис. грн, апарат “Луч-4” – 93,4 тис. грн, прилад низькочастотної електротерапії “Радиус-01” – 23,8 тис. гривень. Лабораторне обладнання: обладнання для повітряної стерилізації хірургічного інструменту, термостійких шприців та голок – 18,2 тис. гривень.

¹²¹ За інформацією територіального управління Рахункової палати по Одеській, Миколаївській, Херсонській областях, Автономній Республіці Крим та м. Севастополі (у м. Одеса).

допомоги” Дарницького району м. Києва – Renault Dokker Authentique вартістю 363,0 тис. грн, ФОП Лелека З. В. – Nissan X-Trail вартістю 593,0 тис. грн, КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Дарницького району м. Києва – смартфон Nokia 2.3.2/32 Charcoal вартістю 132,5 тис. грн та смартфон Nokia 2.3.2/32 Green (3 од.) на суму 53,0 тис. гривень. Водночас Примірним табелем № 148 визначено, що легкові автомобілі необхідні для організації медичного обслуговування пацієнтів за місцем проживання (перебування), а придбання мобільних телефонів цим табелем не передбачено.

Внаслідок неналежного контролю керівництва КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради¹²² за кошти, отримані від НСЗУ, придбано основні засоби на загальну суму 716,3 тис. грн¹²³, видатки на закупівлю обладнання у фінансових планах закладу на 2019–2020 роках не планувалися, що є порушенням пункту 2.1 порядків складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану комунального некомерційного підприємства охорони здоров’я, затверджених розпорядженнями департаменту охорони здоров’я Дніпровської міської ради від 04.03.2019 № 93 та від 31.03.2020 № 134. Крім того, у 2019 році проведено видатки у сумі 11,9 тис. грн на цілі, не пов’язані з наданням пацієнтам медичних послуг, зокрема на оплату штрафів державній податковій інспекції та фонду соціального страхування, що є порушенням Порядку № 283.

Отже, через невизначеність у нормативних актах напрямів використання коштів державного бюджету надавачі первинної медичної допомоги ці кошти використовують на власний розсуд. Як наслідок, закуплено матеріальні цінності, не передбачені Примірним табелем № 148 для оснащення місць надання первинної медичної допомоги, а також придбано легкові автомобілі та мобільні телефони, здійснено оплату штрафних санкцій.

НСЗУ у 2019–2020 роках не забезпечено проведення належної верифікації даних, що містяться у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я, зокрема щодо декларацій пацієнтів, укладених з лікарями-педіатрами, які повинні автоматично припиняти дію у разі досягнення пацієнтами 18-річного віку¹²⁴.

Під час проведення аудиту встановлено випадки неприпинення в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я декларацій пацієнтів вікової групи від 18 до 64 років, які рахувалися за лікарями-педіатрами. Як наслідок, у супереч вимогам пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503 НСЗУ у 2018–2020 роках перераховано надавачам первинної медичної допомоги кошти

¹²² За інформацією територіального управління Рахункової палати по Дніпропетровській області (у м. Дніпро).

¹²³ Холодильна шафа з глухими дверима – 1 од. на суму 26,5 тис. грн; ресепшн – 1 од. на 37,5 тис. грн; ноутбук DELL – 3 од. на 80,5 тис. грн; електрокардіограф – 28 од. на суму 571,8 тис. гривень.

¹²⁴ Згідно з Методикою здійснення верифікації даних № 231 у системі реалізовано автоматичне припинення (деактивація) декларацій пацієнтів, які досягли 18-річного віку, якщо лікарем, що надає первинну медичну допомогу, обрано лікаря-педіатра.

державного бюджету в сумі 101,5 тис. грн (у тому числі за 2018 рік – 0,1 тис. грн; 2019 рік – 0,4 тис. грн; 2020 рік – 101,0 тис. грн) за 2682 припиненими деклараціями (з них 1989 декларацій пацієнтів віком від 18 до 64 років).

Довідково. За трьома лікарями-педіатрами, які працювали у КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради, станом на 01.01.2019, 01.01.2020 та 01.01.2021 у реєстрах центральної бази даних обліковувалися відповідно 991, 930, 469 активних декларацій пацієнтів вікової групи від 18 до 64 років, що автоматично не припинено.

Так само у двох лікарів-педіатрів, які працювали у КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського району м. Києва, у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я станом на 01.01.2019, 01.01.2020 та 01.01.2021 обліковувалися відповідно 89, 272, 160 активних декларацій пацієнтів вікової групи від 18 до 64 років, що автоматично не припинено.

Крім того, НСЗУ не здійснювалася верифікація даних у реєстрах центральної бази даних щодо зміни лікарської спеціальності, зокрема з лікаря загальної практики – сімейної медицини на лікаря-педіатра. Як наслідок, протягом 2019–2020 років НСЗУ всупереч вимогам пункту 8 Порядку № 1117, Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 і пункту 22 Порядку № 65 проводилася оплата за понадлімітні декларації лікарів-педіатрів без застосування до тарифів за такі декларації понижуючих коефіцієнтів. За 14639 деклараціями (з них 13700 декларацій пацієнтів віком від 18 до 64 років, які рахувалися за лікарями-педіатрами) сплачено 505,6 тис. грн (2019 рік – 112,7 тис. грн, 2020 рік – 392,9 тис. гривень).

Із серпня 2018 року по вересень 2019 року верифікація та внесення змін до інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров’я, здійснювалися відповідно до Порядку № 46 і рішень Комісії з верифікації декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, утвореної наказом НСЗУ від 05.11.2018 № 148. Всупереч вимогам пункту 3.4 Порядку № 46 рішення цієї Комісії оформлялися не актами, а додатками до протоколів засідання, отже, Головою НСЗУ не затверджувалися.

Методику здійснення верифікації даних № 231 затверджено лише через 4,5 місяці після надання НСЗУ відповідних повноважень. Цією Методикою визначено особливості здійснення верифікації для кожного реєстру, що міститься в центральній базі даних електронної системи охорони здоров’я, при цьому періодичність проведення верифікації та оформлення її результатів не встановлено.

Верифікація щодо припинення декларацій у зв’язку із смертю лікаря або пацієнта здійснювалася НСЗУ нерегулярно і проводилася на підставі даних, отриманих від Мін’юсту на запити НСЗУ: на листи Мін’юсту від 14.05.2019 № 5271/7996-26-19/19.1.1 та від 16.03.2020 № 2640/3947-26-20/19.4.1, якими надано відомості з ДРАЦСГ про померлих громадян, НСЗУ не проведено у травні 2019 року та березні 2020 року звірку та припинення відповідних декларацій у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я. Не проведено НСЗУ верифікації даних щодо пацієнтів, які мають у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я більше однієї активної декларації, та їх припинення у січні, березні і квітні 2019 року. За результатами

перевірок надавачів первинної медичної допомоги припинення декларацій здійснювалося НСЗУ лише у серпні 2018 року, травні і грудні 2019 року.

Аудит засвідчив, що верифікація даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, зокрема щодо лікарів, які припинили трудові відносини з надавачем, НСЗУ здійснювалась щокварталу з IV кварталу 2019 року. При цьому не проведено такої верифікації у III кварталі 2020 року.

НСЗУ не забезпечено повноти проведення верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я за лікарями, які припинили трудові відносини з надавачем первинної медичної допомоги.

Наприклад, за результатами аудиту встановлено, що за наявності у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я записів про припинення трудових відносин лікарів з КП “Центр первинної медико-санітарної допомоги” Житомирської міської ради (трьома лікарями у жовтні 2018 року та одним лікарем у березні 2019 року не зазначено дати їх фактичного звільнення) НСЗУ при проведенні станом на 11.10.2019 верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я такий факт не виявила та не виставила у надавача відповідні накази. Як наслідок, всупереч вимогам пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503 надавачеві перераховано 5,7 тис. грн (2018 рік – 4,0 тис. грн, 2019 рік – 1,7 тис. грн) за 120 деклараціями, з них дію 69 декларацій припинено у зв'язку із несвоєчасно внесеною інформацією про припинення трудових відносин з лікарями.

Через несвоєчасне інформування та незабезпечення своєчасного внесення надавачами первинної медичної допомоги інформації про припинення трудових відносин з лікарями, які надавали послуги первинної медичної допомоги, у порушення вимог пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503 НСЗУ перераховано кошти державного бюджету в сумі 3118,5 тис. грн за 66531 декларацію (2018 рік – 87,3 тис. грн, 2019 рік – 706,3 тис. грн, 2020 рік – 2324,9 тис. грн), з них дію 56124 декларацій припинено у зв'язку із несвоєчасно внесеною інформацією про припинення трудових відносин з лікарями.

Довідково. Із 509 лікарів, які припинили трудові відносини протягом 2018–2020 років, у реєстрах центральної бази даних верифікації підлягали дані щодо 30 лікарів (5,9 відс. їх загальної кількості)¹²⁵, із них щодо 14 лікарів наявні у реєстрах центральної бази дані про припинення декларацій, але верифікацію цих даних НСЗУ станом на 09.02.2021 не проведено.

Аудит проведений у КНП “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 м. Вінниці”, засвідчив: електронна медична інформаційна система містить 301 декларацію пацієнтів, позначених закладом як померлі протягом 2018–2020 років. При цьому в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я ці декларації пацієнтів рахувалися як активні. За результатами верифікації, проведеної НСЗУ під час аудиту, дію 253 декларацій пацієнтів, які померли у 2020 році, станом на 26.02.2021 у реєстрах центральної бази даних припинено та проведено перерахунок

¹²⁵ Запити Рахункової палати (з реєстрами) від 08.12.2020 № 05-2813 до комунальних некомерційних підприємств; від 11.12.2020 № 05-2868 до фізичних осіб - підприємців; від 11.12.2020 № 05-2869 до закладів охорони здоров'я приватної форми власності.

сплачених з порушенням вимог пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503 надавачеві коштів державного бюджету в сумі 39,1 тис. гривень. Разом з тим інформацію про смерть ще 48 пацієнтів у відомостях ДРАЦСГ не підтверджено. Під час аудиту НСЗУ надіслано лист від 24.02.2021 № 3641/9-17-21 до надавача з вимогою про надання копій документів, які підтверджують смерть пацієнтів.

В електронній медичній інформаційній системі ТОВ “Хелс Клінік” та ФОП Татарникова О. Ю. також містилися дані щодо шести декларацій пацієнтів, позначених надавачами як померлі у 2020 році (по 3 декларації у кожного), за які НСЗУ здійснено оплату, що є порушенням вимог пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку № 503. При цьому в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я зазначені декларації пацієнтів рахувалися як активні. За результатами верифікації, проведеної НСЗУ під час аудиту в лютому 2021 року, дію декларацій пацієнтів у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я припинено та здійснено перерахунок сплачених надавачам коштів державного бюджету в сумі 2,9 тис. грн за 56 деклараціями, з яких 6 припинено у зв’язку із смертю пацієнтів.

В електронній медичній інформаційній системі КНП “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради встановлено випадки, коли один і той самий пацієнт віком від 14 до 18 років мав дві активні декларації з різними лікарями, одну з яких створено на підставі паспорта, другу – свідоцтва про народження; в одній декларації відомості про пацієнта зазначено українською мовою, в іншій – російською. За підсумками верифікації даних у реєстрах центральної бази даних, проведеної під час аудиту, встановлено, що НСЗУ в порушення вимог пункту 7 розділу II Порядку № 503 перераховано надавачеві за 110 деклараціями 5,9 тис. грн (2019 рік – 0,7 тис. грн, 2020 рік – 5,2 тис. грн), із 110 декларацій дію 101 припинено у зв’язку з наявністю в одного і того ж пацієнта двох активних декларацій.

Як засвідчив аудит, верифікація даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я здійснювалась НСЗУ в ручному режимі. За результатами верифікації, проведеної на підставі відомостей, отриманих від Мін’юсту, щодо померлих лікарів і громадян, у 2018 році припинено дію 802905 декларацій; у 2019 році – 492931; за 11 місяців 2020 року – 309885 декларацій. За результатами верифікації даних щодо наявності в одного пацієнта більше однієї декларації у 2018 році припинено дію 945082 декларацій; у 2019 році – 634008; за 11 місяців 2020 року – 311074 декларацій.

За підсумками верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров’я, проведеної НСЗУ наприкінці 2019–2020 років, встановлено безпідставну оплату з державного бюджету надавачам послуг первинної медичної допомоги у загальній сумі 36803,9 тис. грн, із них з липня по грудень 2018 року 594 надавачам (95,8 відс. загальної кількості надавачів, яким проводилась оплата) – 19703,1 тис. грн, які виявлено у 2019 році, та 271 надавачеві (43,7 відс.) – 139,0 тис. грн, які виявлено у 2020 році; за 2019 рік – 1213 надавачам (83,8 відс.) – 16961,8 тис. гривень. За

результатами проведеної НСЗУ претензійної роботи станом на 27.04.2021 до державного бюджету повернено 21376,7 тис. грн (58,1 відс. суми, що підлягала поверненню).

Рекомендації Кабінету Міністрів України:

- доручити Мінфіну та іншим зацікавленим центральним органам виконавчої влади розглянути питання удосконалення положень частини другої статті 49 Бюджетного кодексу щодо здійснення Казначейством України платежів за дорученням розпорядників бюджетних коштів до затвердження паспортів бюджетних програм протягом 45 днів з дня набрання чинності законом про Державний бюджет України (рішенням про місцевий бюджет).

Рекомендації НСЗУ:

- підготувати пропозиції щодо внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2021 № 133 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року”, в частині визначення в пакеті медичних послуг, що підлягають оплаті в межах реалізації програми медичних гарантій “Первинна медична допомога”, напрямів використання коштів державного бюджету, що сплачуються надавачам первинної медичної допомоги, та подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров’я України;

- підготувати пропозиції щодо внесення змін до Типової форми договору № 410 у частині доповнення її вимогою щодо подання звіту про доходи і витрати всіма надавачами первинної медичної допомоги та в установленому порядку подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров’я України;

- оплату надавачам первинної медичної допомоги здійснювати з дотриманням вимог частин п’ятої, сьомої статті 8 Закону № 2168 та вимог укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій – лише за обсяг наданих пацієнту медичних послуг, а не за кількість декларацій, укладених пацієнтами з лікарями, що надають таку допомогу;

- запровадити дієву систему внутрішнього контролю за використанням коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на надання первинної медичної допомоги;

- внести зміни до Методики здійснення верифікації даних № 231 у частині визначення періодичності проведення верифікації та оформлення її результатів;

- вирішити питання повернення надавачами первинної медичної допомоги безпідставно отриманих коштів державного бюджету в сумі 15427,2 тис. гривень.